

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Stigmatizace osob s duševním onemocněním

Stigmatization of people with mental illness

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Monika Nová, Ph.D

Autor:

Adéla Nováková

Praha 2018

Poděkování

Mé poděkování patří především PhDr. Monice Nové, Ph.D za odborné vedení, cenné rady, trpělivost, čas a ochotu, kterou mi v průběhu zpracovávání bakalářské práce věnovala. Děkuji zaměstnancům ESET-HELP, kteří mi poskytli rozhovory do praktické části, především Bc. Liborovi Hejlovi. Na závěr chci poděkovat především svému příteli, rodině a přátelům za trpělivost, podporu a gramatickou kontrolu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Stigmatizace osob s duševním onemocněním“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 11. 7. 2018

Adéla Nováková

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou stigmatizace osob s duševním onemocněním. Cílem práce je zjistit, zda jsou osoby s duševním onemocněním ve společnosti stigmatizovány. Konkrétně jsem zjišťovala, zda je stigmatizace aktuálním tématem, jak vzniká, jaké faktory jí napomáhají a jak se dá se stigmatizací bojovat. Při zpracování tématu jsem v teoretické části čerpala převážně z odborné literatury a internetových zdrojů z oboru psychiatrie. V praktické části podkládám teorii vlastními rozhovory se sociálními pracovníky organizace ESET-HELP. Na závěr v diskuzi předkládám převážně vlastní úvahu o tomto tématu.

Klíčová slova: stigma, stigmatizace, duševní onemocnění, schizofrenie, destigmatizace, předsudky, stereotypy, diskriminace.

Annotation

My bachelor thesis deals with the issue of stigmatization of people with mental illness. The aim of the thesis is to find out whether people with mental illness are stigmatized by society. In particular, I was trying to find out if stigmatization is an actual topic, how it arises, what factors help it and how to fight it. In theoretical part, I worked mainly with professional literature and internet resources from the field of psychiatry. In the practical part, interviews with ESET-HELP social workers which were led by myself are used to support the theory. Finally, in the discussion, I mainly present my own reflection on this topic.

Key words: stigma, stigmatization, mental illness, schizophrenia, destigmatization, prejudices, stereotypes, discrimination.

Obsah

Seznam zkratk	6
Úvod	7
1 Psychiatrie	8
1.1 Vznik a rozvoj psychiatrie	8
2 Duševní nemoc, duševní zdraví a duševní porucha	12
2.1 Příčiny duševních poruch	14
2.2 Klasifikace nemocí v psychiatrii	16
2.2.1 <i>Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10</i>	17
3 Stigmatizace duševně nemocných	20
3.1 Vymezení pojmu stigma	20
3.2 Související pojmy: předsudky, stereotypy a diskriminace	22
3.3 Postavení duševně nemocných osob ve společnosti	23
3.4 Stigma v psychiatrii	24
3.4.1 <i>Značkovací teorie</i>	26
3.5 Nejvíce stigmatizovaní jedinci	27
3.5.1 <i>Základní charakteristika schizofrenie</i>	28
3.5.2 <i>Předsudky spojené s onemocněním schizofrenie</i>	28
3.6 Stigmatizace a média	30
3.7 Destigmatizace	31
3.7.1 <i>Projekt destigmatizace</i>	33
4 Rozhovory	35
5 Diskuze	44
Závěr	48
Literatura	49

Seznam zkratek

CNS – Centrální nervová soustava

CRPDZ - Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

ČR – Česká republika

ČT – Česká televize

DSM – Diagnostický manuál duševních poruch

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize

USA – Spojené státy americké

WHO – Světová zdravotnická organizace

WPA – Světová psychiatrická asociace

Úvod

Dané téma jsem si vybrala, protože s osobami s duševním onemocněním jsem se setkala již v dětství a v minulosti jsem vykonávala dlouhodobou pro mne velice přínosnou odbornou stáž v organizaci ESET-HELP, která se zabývá péčí a rozvojem duševního zdraví. Díky této zkušenosti jsem se o tuto cílovou skupinu začala více zajímat. Mé dlouhodobé působení v organizaci výrazně ovlivnilo výběr tématu, protože si myslím, že společností se tradují různé stereotypy a předsudky, které bych chtěla osvětlit. Cílové skupině osob s duševním onemocněním bych se ráda věnovala i v budoucnu a případně si našla i zaměstnání, ve kterém bych s touto cílovou skupinou i nadále pracovala.

V bakalářské práci na téma Stigmatizace osob s duševním onemocněním si kladu za cíl zjistit, zda jsou osoby s duševním onemocněním ve společnosti stigmatizováni. Dále jsem zjišťovala, zda je stigmatizace aktuálním tématem, jestli si osoby s duševním onemocněním sami připadají, že jsou stigmatizovány. Zajímalo mě, jak stigmatizace vzniká a jaké faktory zlepšují nebo naopak zhoršují postavení lidí s psychickou poruchou. V poslední řadě jsem se také věnovala otázce, jestli společnost proti stigmatizaci nějakým způsobem bojuje, a jestli existují nějaké kampaně nebo projekty zaměřené na boj proti stigmatizaci.

Při zpracovávání bakalářské práce jsem v teoretické části čerpala primárně z odborné literatury lékařského oboru psychiatrie a pro aktuální doplnění tématu jsem použila některé internetové zdroje. V praktické části jsem podložila teoretickou část rozhovory. Respondenty do své bakalářské práce jsem nemusela nijak složitě vyhledávat. Jak jsem již zmiňovala výše, ve zvolené organizaci jsem v minulosti vykonávala odbornou praxi, spojila jsem se tedy s jedním ze sociálních pracovníků a na realizaci rozhovorů se domluvila s ním. Otázky do rozhovorů jsem vytvořila na základě vlastní konstrukce a konzultace se školitelem. Zpracování rozhovorů bylo velmi časově náročné, rozhovory jsem nejprve realizovala ve zdravotnickém zařízení Klinika ESET, kde jsem si je nahrávala a poté jsem autentické výpovědi sociálních pracovníků přepisovala do počítače.

1 Psychiatrie

V první kapitole bych ráda nastínila, co je to vlastně psychiatrie jako obor a přiblížila její vznik a vývoj.

„Psychiatrie (řecky psyché – duše, iatreia – lékařství) je vědní a klinická disciplína zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch. Její medicínský i společensko-ekonomický význam v moderních společnostech významně narůstá. Například ze studie Světové zdravotnické organizace „Global Burden of Disease“ vyplývá, že při měnících se socioekonomických podmínkách, při vymýcení závažných např. infekčních chorob ve vyspělých státech a při prodlužování lidského věku, se staly neuropsychiatrické choroby jednou z nejvýznamnějších skupin nemocí.“¹ Celoživotní obecné rozšíření těchto nemocí dosahuje až 50 % v populaci. Před kardiovaskulárními a onkologickými onemocněními jsou nejhojnějším důvodem ztráty pracovní způsobilosti vlivem narušeného zdraví. Odborníci Světové banky tvrdí, že tyto zdravotní problémy budou největší medicínální zátěží lidstva v 21. Století.²

Těžká deprese náleží k nejzávažnějšímu utrpení lidí, někteří duševně nemocní mohou být nebezpeční sobě nebo svému okolí. Pro personál, který poskytuje duševně nemocným lidem odbornou péči je proto důležité, aby se odborně školil, skládal zkoušky apod.³

1.1 Vznik a rozvoj psychiatrie

V dobách minulých si lidstvo vykládalo řadu přírodních jevů a chorob, magickými příčinami, hlavně hněvem a zlobou nadpřirozených sil. Toto mělo za racionální důsledek zařikávání zlých duchů, které mělo sloužit jako „léčba“ osob s duševním onemocněním. Občas byli ale duševně nemocní za „spáchání hříchu“ trestáni. Souběžně se rozvíjel i zdravotní postoj, nejprve ve formě lidového léčitelství, byly používány různé lektvary. Péče se postupně stávala profesionálnější a hlavní roli v ní hráli zprvu šamani, poté kněží a ještě déle lékaři.⁴

¹ RABOCH; PAVLOVSKÝ, 2012, str. 13

² Podle RABOCH; PAVLOVSKÝ, 2012, str. 13

³ Podle MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002, str. 13

⁴ Podle RABOCH; PAVLOVSKÝ, 2012, str. 13

V Ebersově papýru z 15. století před Kristem nalezneme první písemné zmínky o duševním onemocnění, jsou zde popsány modlitby k zaříkávání duchů, kteří měli údajně přivodit posedlost. Už v této době vznikaly první chrámy, kde se pečovalo o duševně nemocné pacienty.⁵

V období antiky považovali vlivní lékaři duševní onemocnění za náznak tělesné poruchy a naprosto upustili od předcházejících mystických stanovisek. Hippokrates na základě svých postojů radil léčení projímadly, dávidly a pouštěním žilou.⁶

V raném středověku v západní Evropě vzniká azylová a nemocniční péče o duševně nemocné, která je poskytována mnichy s lékařským vzděláním. Nicméně tato péče je především účelem k ochraně zdravého obyvatelstva před duševně nemocnými.⁷

Další příznivé přístupy v lékařství k duševně nemocným přinesl Avicenna, který popsal příznivý význam malarické horečky na epileptické záchvaty u osoby s poruchami hybnosti a úpadkem rozumových schopností. Středověk v Evropě ale vedl k úpadku vzdělání a navrátil se názor o nadpřirozené příčině tohoto onemocnění, což opět přispělo k provádění exorcismu a podobně.

Konec 15. století přináší pokrokové názory o tělesné podstatě duševních chorob. Vznik duševního onemocnění ve spojení s onemocněním mozku dává do kontextu profesor Felix Plater. Situace duševně nemocných osob se nicméně k lepšímu neměnila, byli běžně vězněni a také předváděni v klecích pro obveselení veřejnosti. Objevují se klášterní a městské špitály, kde dostávají určitou ochranu.

Za vlády Marie Terezie byl zrušen zákon o čarodějnictví, u osob u kterých bylo podezření na duševní onemocnění, muselo být provedeno lékařské vyšetření. Toto osvícensko-humanistické myšlení vyvrcholilo francouzskou politickou revolucí, kdy Filip Pinel provedl reformu péče o duševně nemocné. Uplatnil se zřizováním humánních ústavů a odejmul jim okovy. K léčbě využíval výluh z opia, zaměstnával je obyčejnou lehkou prací, zavedl psychodrama, což je psychotherapeutický postup.⁸

Ústav pro duševně nemocné, který byl částí všeobecné nemocnice v Praze, byl otevřen koncem 18. století.

⁵ Podle RABOCH; PAVLOVSKÝ, 2012, str. 14

⁶ Podle MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002, str. 11

⁷ Podle RABOCH; PAVLOVSKÝ, 2012, str. 15

⁸ Podle MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002, str. 12

Respektovanou medicínskou oblastí se psychiatrie stala v 19. století. O toto rozvojové období se zasloužili převážně lékaři z Německa. Johann Reil užil jako první názvosloví Psychiatrie. Mezi nejvlivnější lékaře patří Wilhelm Criesinger, který uváděl, že příčinou duševních nemocí je odchylka od normality mozkových buněk. Francouzští psychiatři Falret a Baillarger souhlasně předpokládali, že mánie a melancholie jsou dvěma body stejné nemoci, kterou nazvali folie circulaire, dnes bipolární afektivní porucha.⁹

Zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud, reprezentoval psychologický přístup v léčbě duševních chorob, jeho myšlenky měly později význam hlavně v americké psychiatrii.

19. a 20. století bylo dalším rozkvětem pro obor Psychiatrie. Institucionalizace této péče se udržovala, bylo založeno mnoho ústavů, kde byl poskytován psychiatrický dohled. Rozvíjelo se mnoho nových metod, ale v souboru léčebných technik zůstala pouze jedna – elektrokonvulze.¹⁰

Na začátku 20. století se také k významným historickým událostem přikládá vznik hnutí mentální hygieny (W. Beers), kdy psychiatrie opustila nemocnice a definovala kladné poznatky, jak si zachovat duševní zdraví a ubránit se psychické dezintegraci.¹¹

Následující rozvoj psychiatrie v Evropě byl hrůzně dotčen vládou nacistů. Do roku 1945 bylo zabito 180 000 pacientů s psychiatrickou diagnózou. Podobné zacházení si bohužel zažili např. i v Polsku, kde byli vražděni židovští lékaři psychiatrie, kteří neutekli do Anglie nebo USA. Psychiatrické stigma tak bylo opět intenzivně podpořeno.¹²

Oboru, který se snaží uplatnit bio-psycho-sociální přístup, se psychiatrie dočkala v druhé polovině dvacátého století ve spojení se sociálními změnami a technickým pokrokem.¹³

V padesátých letech byla psychiatrie v Americe značně ovlivněna psychoanalýzou. Současně se rozvíjejí i látky ovlivňující duševní činnost osob – psychofarmaka. Konkrétně jde o tyto látky: lithium, neuroleptikum, chlorpromazin, imipramin a též se objevuje první antidepressivum. Zdůraznění sociálního přístupu, pátrání po sociálním původu nemoci a úsilí o rozkvět komunitních psychiatrických služeb charakterizuje šedesátá léta. Vývoj

⁹ Podle RABOCH; PAVLOVSKÝ, 2012, str. 16

¹⁰ Podle tamtéž str. 17

¹¹ Podle SVOBODA; ČEŠKOVÁ; KUČEROVÁ, 2015, str. 21

¹² Podle RABOCH; PAVLOVSKÝ, 2012, str. 18

¹³ Tamtéž, str. 18

výpočetní a informační techniky spustil široký epidemiologický výzkum týkající se duševních poruch. Výsledky těchto průzkumů společně s názorovým rozvojem byly předpokladem pro vznik nových systémů, které diagnostikovaly tato onemocnění (v USA DSM-III a dle WHO pak MKN-10). Neurověda a biologická psychiatrie také přináší nové postupy a vědomosti.¹⁴

Další jsou promyšlené techniky, které umí zobrazit strukturu CNS, její funkci a sledují činnost individuálních částí mozku.¹⁵

„Stejně jako v jiných oblastech medicíny se i psychiatrie zaměřuje na léčbu založenou na důkazech, které máme k dispozici nejen v oblasti psychofarmakoterapie a biologické terapie, ale též v oblasti psycho-socioterapie. Samozřejmě stejně jako jiné odbornosti musíme respektovat tzv. cost-efektivitu jednotlivých postupů a uvažovat v rámci ekonomických limitů, které jsou stále více viditelné.“¹⁶

¹⁴ Podle RABOCH; PAVLOVSKÝ, 2012, str. 18

¹⁵ Podle RABOCH; PAVLOVSKÝ, 2012, str. 19

¹⁶ Tamtéž, str. 19

2 Duševní nemoc, duševní zdraví a duševní porucha

V následující kapitole se pokusím nastínit pojmy duševní nemoc, duševní zdraví a duševní porucha. Dále uvedu mezinárodní klasifikaci nemocí, kde má duševní onemocnění vlastní kapitolu.

„Vysvětlení, proč člověk selhává v sociálním životě, posouzení, zda je či není „duševně nemocen“, není postaveno na jediné vše vysvětlující teorii. Na to, proč se člověk chová jiným způsobem než ostatní lidé, může mít řada odborníků nebo vědních oborů rozličný názor.“¹⁷

Ze spousty argumentů má duševní nemoc mezi jinými absolutně individuální pozici. Duševní onemocnění se v mnohém odlišuje od somatického, ale i tak je to onemocnění autentické.¹⁸

Na základě jistých dispozic vzniká mnoho duševních nemocí. Mezi tyto tendence patří například pracovní a existenční problémy, styl výchovy nebo těžkosti v mezilidských vztazích. Nemoc mnohdy vyvolá takzvaný „spouštěcí faktor“. Některé z těchto onemocnění nesou genetický základ nebo mohou být spuštěny biochemickou změnou v mozku, tu podněcují léky, zranění nebo úpadek schopnosti mozkové tkáně.¹⁹

Tak jako bývá hříchem porušení náboženského desatera nebo z právního hlediska je trestným činem sexuální deviace, je nemoc anomálií v realizaci běžných společenských rolí a úloh. Nicméně nemoc má mezi jinými společenskými odchylkami specifickou pozici, protože zde nepřicházejí negativní sankce jako například za trestný čin nebo přestupek proti pravidlům víry. Poskytnutí sociální podpory, sympatie a neobviňování nemocného patří k projevům lidí vůči nemocným, ale duševní nemoc má mezi jinými nemocemi absolutně individuální postavení a bývá stigmatizována.

V posledních letech se tento pojem v právních textech neužívá a je nahrazován širším pojmem – duševní porucha.²⁰

V dnešní době není možné docílit názorové schody v otázce normality člověka. Zdravotníci na psychiatrických odděleních i přes potíže se shodou v definici normality by měli mít společnou představu o této normě. Jakýkoliv člověk tuší, co je normální,

¹⁷ STYX, 2003, str. 17

¹⁸ Podle CHROMÝ, 1990, str. 20

¹⁹ Podle <https://www.cpzp.cz/clanek/2582-0-Dusevni-nemoci-a-jejich-priciny.html>

²⁰ Podle BAŠTECKÝ, 1997, str. 18 - 21

jen to každý cítí odlišně. Například podzimní nachlazení posuzujeme jako běžné, i když je v nesouladu se zdravím. Pokud by se stanovil ideál zdraví jako norma, ztrácelo by to význam – „normální“ by bylo ve výjimečném postavení zcela neobyčejné. Lze předpokládat, že stejně tak jako u zdravých lidí existuje potenciál nemoci, tak u nemocných lidí je určitý potenciál zdraví. Změna mezi jedním nebo druhým směrem se předpokládá velice postupně. Je důležité přihlížet k faktu, že nepřítomnost duševní poruchy nemůžeme chápat jako duševní zdraví člověka. Duševní zdraví lze také chápat jako způsobilost realizace individuálních životních hodnot, příležitostí člověka, získání faktického optima lidské existence.²¹

„Kdo je tedy vlastně normální? Přes názorové rozdíly se většina odborníků shoduje v určitých rysech duševně zdravého člověka: mimo jiné má reálné představy o sobě, akceptuje svoje silné i slabé stránky, zajímá se o druhé, ve svém jednání se řídí více vnitřním přesvědčením než vnějšími hodnotami, umí uspokojovat svoje potřeby tak, aby nepoškozoval druhé. Je tedy schopen přiměřeně reagovat na rozmanité životní situace.“²²

„Duševní poruchou se rozumí mimo duševní poruchy vyplývající z duševní nemoci i hluboká porucha vědomí, mentální retardace, těžká asociální porucha osobnosti nebo jiná těžká duševní nebo sexuální odchylka.“²³

Život bez konfrontace a obtížných situací je nepředstavitelný. Objektivním původem těchto situací může být například ztráta někoho blízkého nebo určitá sociální situace, kdy v uspokojování našich potřeb brání potřeby jiných. Původem mohou být také subjektivní příčiny. Nedostačující fyzická či psychická náchylnost k dosažení cílů může vyvolat dojem životního selhání.

Duševní poruchy většina obtížných situací ale neprovází. Jakýkoli člověk je nějakým stylem zranitelný a dle svého rozpoložení reaguje na obtížné situace. Frustrace je stav, který u člověka vzniká, pokud stojí něco v cestě u naplnění jeho významného cíle.²⁴

²¹ Podle STYX, 2003, str. 18 – 19

²² STYX, 2003, str. 19

²³ ČESKO. Zákon č. 40/2009 Sb. Zákon ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník, § 123

²⁴ Podle STYX, 2003, str. 19

2.1 Příčiny duševních poruch

Objevit a označit příčiny duševních poruch bývá mnohdy velmi těžké. Spočívá to v rozsahu našeho poznání, ochotě vnímat a vidět širší souvislosti. Na druhé straně je důležité se naučit odborné disciplíně, která nás vede k pochybnostem o hmatatelném i nehmatatelném.

Jsou lékaři, pro něž je tělo rozbitý stroj, ale také ti, kteří vidí člověka jako biopsychosociálního tvora. Mnozí k těmto rozměrům připojují také spirituální rovinu, která je přítomna vždy, i tehdy pokud se pacient nehlásí k žádnému vyznání náboženské víry.²⁵

Nejlepší analýzu jednotlivých laických přístupů k duševně nemocným přináší názory široké veřejnosti na vznik duševních poruch. Obsah názorů, předsudků a stereotypů přináší lepší monitoring než například hodnocení normy nebo symptomatologie. Tyto stanoviska se následovně promítají do praxe, kde záleží na lidové prevenci a terapii. Celá tato oblast představuje shodu, která je propůjčována z odborné medicíny nebo různých sociálních oblastí.²⁶

Vlivy, které navozují duševní poruchy, jsou známé i neznámé. Obrazně jejich vznik členíme do tří primárních skupin.

1. Známý etiologický činitel

Duševní porucha se rozvíjí na bázi organického poškození mozku. Jsou to zejména infekční onemocnění mozku, cévní poruchy, poranění nebo nádory mozku a toxické poškození.

2. Duševní poruchu vyvolává více činitelů společně

V této situaci se podílejí na vzniku duševní poruchy faktory hereditárně-konstituční a působení prostředí, ve kterém člověk žije.

Hereditárně-konstituční faktory

Jsou to faktory zděděné dispozice reagovat určitým způsobem nebo být více náchylný ke vzniku duševní poruchy. Mají značnou roli při zrodu predispozice k jisté duševní poruše.

Vnější faktory

Význam vlivů prostředí dělíme na negativní a protektivní.

²⁵ Podle BAŠTECKÁ; GOLDMANN, 2001, str. 79 - 80

²⁶ Podle JANÍK, 1987, str. 69

Mezi rizikové vlivy prostředí řadíme poškozující perinatální vlivy, vystavování se infekcím, toxinům, dopad traumat či farmak vyvolávajících závislosti nebo další výskyt nemocí. Negativní, zraňující události a nepříznivé sociální situace sem také patří. Je to například selhání v práci, různé konflikty v rodině nebo s přáteli, opakované ztráty apod.

Psychogenní porucha se může vyvinout tam, kde jedinec není schopen vytvořit si psychické mechanismy, kterými se vyrovnává se zátěžovými situacemi. Člověk pak přichází o dovednost porozumět ostatním lidem a dostává se do tzv. sociální izolace. Ke zvýšené zranitelnosti pak také přispívají dlouhodobé stresující zážitky. Reakce na časté zátěžové situace nebývá přizpůsobivá, oslabuje mechanismus úspěšného zvládnání stresu a přispívá tím k nezvládnání sociálního fungování. Společně s metabolickými i konstitučními dědičnými faktory pak přispívá ke vzniku duševní poruchy.

V harmonické rodině, kde dítě získává pocit, že je přijímáno, milováno a dostává se mu pocitu jistoty, vznikají pozitivní vlivy prostředí. Tato primární opora mu napomáhá k úspěšnému zvládnání zátěžových situací i v dospělosti. Vyšší či vysoký intelekt, schopnost sociální komunikace, odolnost a jistá víra, která poskytuje člověku naději, jsou dalšími ochrannými faktory.

3. Neznámý etiologický činitel

Pokud je etiologický činitel neznámý, řadíme sem ty duševní poruchy, u kterých stále neznáme žádné určité příčiny, které je způsobují. Je to často onemocnění, při kterém se objevuje bizarní chování nebo poruchy myšlení či vnímání – tzv. psychózy. Tyto duševní poruchy často provází nepředvídatelné chování a dezintegrace osobnosti.

U duševních poruch je velice složitá záležitost genetického přenosu. Víme, že v některých rodokmenech bývá častější výskyt např. depresí, sebevražd nebo alkoholismu, tedy, že je zde specifická genetická účast, přitom ale nebyla nikdy objevena bezprostřední dědičnost. Jistý podíl přímé dědičnosti se odhaduje např. u schizoafektivní poruchy, schizofrenie, u bipolární afektivní poruchy a u všech ostatních poruch nálad i u některých určitých vývojových poruch, tikových poruch nebo u mentálních retardací. Ze stránky dědičnosti se spekuluje o větším množství vadných genů, tzv. polygenní hypotéza genetické koncepce duševních poruch.²⁷

²⁷ Podle MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002, str. 15 - 17

2.2 Klasifikace nemocí v psychiatrii

Klasifikace může být založena na systematickém třídění, které obsahuje konkrétní třídící kritérium, nebo dále existuje klasifikace empirická, která je založená na pozorování.²⁸ „V psychiatrii by se v budoucnu mohla opírat třeba o nálezy zobrazovacích metod mozku, pokud dokážeme příznaky poruchy chování nebo abnormálního prožitku spojit s aktivitou určitých oblastí mozku, nebo třeba o endokrinní odpověď v nějakém testu, pokud budeme vědět, jak spolu neuroendokrinní změny a příznaky souvisejí. Obvykle a spolehlivě to ale nevíme.“²⁹

Klasifikace, které jsou založené na zkušenostech, tedy převažují. Diagnostická třída, jako je onemocnění agorafobie, diabetes mellitus 2. typu, nebo měřitelné dimenze, což je například úzkost nebo únikové chování, může být často základním kamenem pro klasifikaci v psychiatrii. Výskyt a posloupnost charakteristických symptomů, typický příběh i okolnosti onemocnění jsou obsaženy v této diagnostické třídě. Faktické příznaky pacienta víceméně odpovídají takovému popisu, který vyjadřuje typologickou diagnózu. Vznikají také zmatené, mezní případy, kdy jsou přítomné příznaky různých diagnostických tříd. Například manická nálada nebo také určité symptomy charakteristické pro poruchu, kdy jsou přítomné bludy, může být projevem duševního onemocnění pacienta. Stanovení diagnózy pak závisí na praxi, názorech a psychiatrickém vzdělání lékaře, ale tato typologická diagnóza pak nemusí být přesná. Kritériální přístup k diagnostickým kategoriím se uplatňuje v posledních třech desítkách let. Kritéria, která definují dobu trvání, symptomy a okolnosti vzniku, díky kterým se diagnóza stanovuje, musí být pro určení diagnózy přítomny, nebo jí naopak vyloučit. Postup, jak se diagnóza určuje je striktně dán, jedná o operacionální diagnózu, která je velmi přesná.

Třídění nemocí může rovněž stavět na intenzitě jisté významné charakteristiky nemoci, hovoříme pak o dimenzionální klasifikaci. K měření míry či rozměru deprese, úzkosti nebo poruchy myšlení používáme nějakou standardní stupnici. Diagnózu duševní poruchy formulují jednotlivé odchylky v míře rozměru nebo seskupení několika dimenzí. Chorobným příznakem se mnoho projevů psychické nemoci stává až tehdy, kdy přesáhne nějakou mezní hodnotu intenzity. Úzkost a smutek jsou emoce, které mají všední

²⁸ Podle HOSÁK; HRDLÍČKA; LIBIGER, 2015, str. 36

²⁹ HOSÁK; HRDLÍČKA; LIBIGER, 2015, str. 36

přizpůsobivý účel a lidem napomáhají k adaptaci chování na určitou situaci. Psychiatrický symptom z nich činí až jejich situaci nepřiměřený či nadměrný projev. Toto dimenzionální třídění se v oboru psychiatrie užívá například u poruch osobnosti, kdy se domníváme, že jsou jen nadměrným projevem mezi lidmi obvyklých vlastností či jejich specifické sloučení.³⁰

2.2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10

V České republice je používána klasifikace onemocnění MKN-10. Jako podklad pro popis onemocnění slouží skupiny znaků a příznaků, které se vyskytují společně, v určitém souboru se liší od ostatních a nereprezentují jiné onemocnění. Duševní poruchy mají v této klasifikaci nemocí svojí kapitolu. Jde o kapitolu číslo pět.³¹

„Psychiatrická část (kapitola F) se značně odlišuje od ostatních textů svojí rozsáhlostí, ale hlavně svým popisem, definicemi, stanovením kritérií chorobných duševních stavů a poruch. Je zde např. poprvé zřetelně definovaná závislost na alkoholu a na jiných drogách, odlišeny jsou nechorobné psychické stavy (extrémní názory, sektářství, politické a sociální fanatizmy aj.).“³²

Pro sociálního pracovníka je často těžké rozeznat nejzásadnější příznaky duševních poruch. Vodítkem k určení symptomů, syndromů, diagnóz duševních onemocnění a jejich průběhu, může být právě tato klasifikace.

Sociální pracovníci se snaží o vyrovnaný pohled ve vztahu k psychiatrickým diagnózám a klasifikaci onemocnění. Přesto zažívají určité pochyby a koncepční nejistoty a tak oceňují přínos diagnózy pro větší pochopení lidí, se kterými se v praxi setkávají. Diagnóza jim umožňuje chápat chování a prožívání, na které běžná empatie nestačí. Například u lidí s hraniční poruchou osobnosti může být jejich idealizace pracovníka a vytvoření vztahu s ním zaměňována za znak dobrého pracovního společenství a důvěry. Pracovník pak může nabýt dojmu, že je jediný, kdo s ním byl schopen navázat kontakt. O to větší pak může být potom zklamání, když čelí odporu a hněvu pacienta. Pokud ale zná základní příznaky hraniční poruchy osobnosti, mezi které patří náchylnost k angažovanosti v intenzivních a nestálých vztazích vedoucí k častým emočním krizím, a chápe jejich dynamiku, může být na podobné zvraty alespoň do určité míry připraven. Následně nebude

³⁰ Podle HOSÁK; HRDLÍČKA; LIBIGER, 2015, str. 36 - 38

³¹ Podle PROBSTOVÁ; PĚČ, 2014, str. 20

³² *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize*, 2000, str. 15

pacienta retraumatizovat svým zklamáním, které může vyústit až v ukončení spolupráce s klientem.

Současné diagnostické hodnocení je rozčleněno do pěti os, které mají zachytit informace o předpokládané multifaktoriální etiologii většiny duševních poruch a které lze považovat za pokus o individualizaci diagnostického procesu a mapování psychosociálních faktorů:

- I. osa – somatické nebo duševní poruchy,
- II. osa – osobnostní poruchy, mentální retardace,
- III. osa – celkový tělesný zdravotní stav,
- IV. osa – psychosociální faktory, faktory prostředí,
- V. osa – škála celkového šetření fungování sloužící k hodnocení sociálního, pracovního a volnočasového fungování.

Osy IV a V by měly být předmětem zájmu sociálních pracovníků. Víceosá diagnostika byla v MKN-10, která z DSM (diagnostický manuál duševních poruch) v mnohém vychází, zúžena na tři osy: I. osa jsou klinické diagnózy (duševní a somatické poruchy); II. osa je stupeň postižení (v péči o vlastní osobu, v pracovní výkonnosti, rodinném soužití a v širším sociálním chování); III. osa jsou související faktory (vlivy zevního prostředí a faktorů souvisejících s příslušnými duševními poruchami). Nepodařilo se ale dosáhnout větší individualizace diagnostického procesu. Ani nebyla naplněna snaha o získání většího prostoru pro psychosociální faktory při vzniku i hodnocení dopadu potíží na tyto oblasti a průběžné hodnocení fungování v různých oblastech života. Osy II a III se v psychiatrických vyšetřeních vyskytují většinou pouze formálně.³³

Psychiatrická diagnostika spolu s vývojem poznání neuronálních okruhů v mozku, které člověku slouží k odpovědím na situaci, kterým je vystavován se bude dále rozvíjet.³⁴ „Regulují emoce, představivost, paměť i motivaci. Odchytky v činnosti systémů, jako jsou řídicí (exekutivní) funkce, tzv. volnoběžný systém (default mode network – aktivita mozku v klidu), neuronální okruhy selektující motivačně významné podněty nebo spojené s hodnocením sociálně významných situací mohou být v budoucnu východiskem pro patogeneticky založené třídění psychiatrických poruch. Do té doby psychiatrická

³³ Podle PROBSTOVÁ; PĚČ, 2014, str. 22-23

³⁴ Podle HOSÁK; HRDLÍČKA; LIBIGER, 2015, str. 41

klasifikace bude vycházet, stejně jako dosud, z analýzy a vyhodnocení odchylek prožívání a chování nemocného, tedy z psychopatologie a jejího kontextu.“³⁵

Pro přehled duševních poruch podle MKN-10 přikládám níže uvedenou tabulku, v které je uveden výčet základních diagnostických kategorií.

Kapitola MKN-10	Název diagnostického okruhu
F00 - F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10 - F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20 - F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30 - F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40 - F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50 - F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60 - F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70 - F79	Mentální retardace
F80 - F89	Poruchy psychického vývoje
F90 - F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání
F99	Neurčená duševní porucha

Tabulka č. 1: *Základní diagnostické kategorie duševních poruch* ³⁶

³⁵ HOSÁK; HRDLÍČKA; LIBIGER, 2015, str. 41

³⁶ PROBSTOVÁ; PĚČ, 2014, str. 24

3 Stigmatizace duševně nemocných

V následující stěžejní kapitole se budu věnovat především stigmatizaci duševně nemocných osob, ale protože stigmatizace vychází z předsudků, stereotypů a jejím důsledkem může být diskriminace, přiblížím i tyto pojmy. Pro veřejnost jsou zřejmě nejpodstatnějším zdrojem o duševních nemocích média, proto se v této kapitole budu věnovat také médiím. Na stigmatizaci reaguje destigmatizace, budu se tedy krátce věnovat i jí.

Nedůvěra, podezíravost a odpor vůči všemu odlišnému či cizímu jsou v jedincích i celé společnosti hluboko zakořeněny. To je často spojeno s negativními předsudky vůči určitým osobám či skupinám osob. Vnímání ostatních je také ovlivněno zažitými stereotypy. Každý člověk se s těmito vlivy potýká různým způsobem a nezřídka se jimi nechává ovlivnit.

Terčem tohoto negativního přístupu se obvykle stávají marginalizované sociální kategorie obyvatel, například právě lidé s duševním onemocněním. Tito jedinci a celé sociální skupiny jsou pak ostatními stigmatizováni. V konečném důsledku může docházet k vyčlenění ze společnosti a k diskriminaci těchto sociálních skupin.

3.1 Vymezení pojmu stigma

Termín stigma s úmyslem označovat jím tělesné znaky určené k tomu, aby vyšlo najevo cosi špatného a neobvyklého o morálním postavení označovaného, přivedli k životu Řekové, kteří si zřejmě potrpěli na vizuální pomůcky. Tyto znaky měly upozornit na to, že jejich nositel je zrádce, zločinec či otrok, tedy osoba pošpiněná, nečistá, jíž je lepší se zejména na veřejnosti vyhýbat, byly vyřezávány či vypalovány do těla. V období křesťanství se tento termín rozšířil o další vrstvy, které odkazovaly k tělesným znakům svatosti, které se projevovaly jako rozkvetlé květy na kůži a další jako lékařské narážky na tyto náboženské, měly poukazovat na znaky fyzické poruchy. Dnes se však tento termín užívá ve svém původním významu a vztahuje se k hanbě samotné.³⁷

Stigma bývá spojováno s barvou pleti, náboženstvím, proděláním trestu, národností, ale také nemocí. V minulosti byli stigmatizováni převážně pacienti s pohlavními

³⁷ Podle GOFFMAN, 2003, str. 9

nemocemi, rakovinou, tuberkulózou, malomocenstvím a duševními nemocemi. Tito nositelé, byli vyřazováni ze společnosti.³⁸

Nejznámější a myslím i nejcitovanější definicí stigmatu je definice amerického sociologa Ervinga Goffmana, který termín stigma označuje jako: „silně diskreditující atribut.“³⁹ Máme mít ale na paměti, že to není řeč atributů, ale řeč vztahů, což je velmi důležité. Neodlučitelná vlastnost, která stigmatizuje jeden typ držitele, může dobře stvrzovat normalitu jiného, a jako věc o sobě není nositelem pověsti pozitivní ani negativní. Stigma je v základu specifický druh vztahu mezi atributem a stereotypem, Goffman však nedoporučuje ho takto dále označovat, protože existují podstatné atributy, jež téměř všude v naší společnosti ztrácí důvěryhodnost.⁴⁰

Stigmatem rozumíme znamení méněcennosti či hanby, která vede k odsuzování jejího nositele. Stigma může být zjevně rozpoznatelné, například viditelné estetické vady, vzhled některých zločinců, tiky nebo poruchy motoriky či pohybových schopností a dovedností vlivem dlouhodobého užívání antipsychotik anebo se může jednat o stigma skryté, kdy postižený jedinec jedná spíše pod vlivem pocitu vlastní méněcennosti a své okolí podněcuje k tomu, aby ho za méněcenného považovalo. Tento mechanismus je v kontextu s předpokládaným vlivem nálepky. Skryté stigma tedy není vnímáno jen okolím, ale převážně jeho nositelem ve smyslu, že za méněcenného pokládá sám sebe, důsledkem je potom jeho odlišné chování. Je to tedy přímý následek pocitu méněcennosti nebo obranný záměr vůči přístupu okolí, které nemusí být vždy aktuální nebo reálný, ale je jedincem s obavami předjímáno. Pokud je nálepka veřejně známá, jedinec se očividně chová v nesouladu se společenskými normami a ve shodě s pocitovanou stigmatizací. Tato situace je zřejmě nejsilnějším důvodem k odmítání deviantního jedince společností.⁴¹

³⁸ Podle HOSÁK; HRDLIČKA; LIBIGER, 2015, str. 611

³⁹ GOFFMAN, 2003, str. 11

⁴⁰ Podle GOFFMAN, 2003, str. 11 - 12

⁴¹ Podle BAŠTECKÝ, 1997, str. 33

3.2 Související pojmy: předsudky, stereotypy a diskriminace

Allport definuje předsudek jako: „Příznivý či nepříznivý postoj vůči osobě anebo věci, který člověk zaujímá předem, bez opravdové zkušenosti nebo bez ohledu na ni.“⁴²

Slovo předsudek bylo odvozeno z latinského podstatného jména *praejudicium*, tak jako u mnoha dalších slov došlo k obsahovému posunu. Tato přeměna měla tři následující fáze. V první ve starověku *praejudicium* znamenalo precedent, tedy úsudek, který je založený na dřívějším rozhodnutí a zkušenosti. V druhé pozdější fázi, v angličtině dostal výraz nový význam a to úsudek, který si člověk vytváří dříve, než si patřičně prozkoumá a zváží fakta, jedná se o úsudek předčasný, ukvapený. Poslední – třetí fázi dostal výraz dnešní emocionální nádech přízně nebo nepřízně, který tento předčasný a nepodložený úsudek provází. Předsudek ve své podstatě nemusí být chápán pouze negativně, ale může se jednat i o předsudek příznivý. Ve většině případů se však jako předsudek označuje odmítavé smýšlení.⁴³

Většina sociálně podstatných stereotypů, ať už genderových, etnických, věkových atd., mezi sebe řadí více atributů. Některé jsou pro jistou kategorii charakteristické více, jiné méně. Některé z těchto atributů v nás nevyvolávají silné emocionálně-evaluativní reakce, jiné zase přinášejí reakce velmi silné a ovlivňují tak náš postoj ke kategorii, jíž je přisuzujeme. Kromě toho pak máme sklony zaujímat předsudečné postoje a přisuzovat tyto atributy lidem, kteří nebyli podkladem zobecnění. Stereotyp je paměťovou strukturou, v níž jsou zašifrovány informace o attributech této kategorie a o jejich relacích.⁴⁴ Ať už se jedná o pozitivní či negativní, Allport ve své knize uvádí, že: „stereotyp je příliš silné přesvědčení spojené s nějakou kategorií. Jeho funkce spočívá v tom, že má ospravedlnit (racionálně vysvětlit) naše chování a postoj vůči této kategorii.“⁴⁵

Stereotyp osoby s duševní poruchou používají při hrách děti jako stereotyp „blázna“ je podpírán vtipy o bláznech a také médií (například prezentace člověka s duševním onemocněním jako vraha v kriminálním příběhu apod.). V případě osob s duševním onemocněním bývá stereotyp vyjadřován, že je tento člověk nevypočitatelný, nespolehlivý,

⁴² ALLPORT, 2004, str. 38

⁴³ Podle ALLPORT, 2004, str. 38

⁴⁴ Podle HNILICA, 2010, str. 13

⁴⁵ ALLPORT, 2004, str. 215

iracionální a nebezpečný. Je zcela zřejmé, že je tento stereotyp negativní a kromě toho vyjadřuje jen malou část jedinců s duševní poruchou. Stereotyp laikovi slouží jako diagnostické kritérium.⁴⁶

Diskriminací se rozumí nerovné chování vůči jednotlivcům na základě jejich příslušnosti k určité sociální kategorii, případně zvýhodňování nebo znevýhodňování celé sociální kategorie.

Diskriminace může mít podobu odpírání skutečností nebo procesů, ke kterým ostatní jedinci či sociální skupiny mají normálně přístup. Mívá tedy podobu například omezení přístupu ke vzdělání, k pracovním příležitostem, ke zdrojům, kulturnímu vyžití atd. Většinová společnost se od těchto jedinců či skupin distancuje a vymezuje, což může často přerůst až v agresivní vynucování různých omezení, nebo dokonce k fyzickým či jiným útokům vůči příslušníkům dané kategorie.⁴⁷ V případě, že lidem nebo skupinám upíráme zacházení, o které mají zájem, jedná se o diskriminaci. Jsou to například situace, kdy provádíme kroky, abychom dostali příslušníky jiných skupin ze svého sousedství, školy, pracoviště nebo země.⁴⁸

3.3 Postavení duševně nemocných osob ve společnosti

Člověk je jednoznačně sociální bytostí. V rámci uspokojování svých potřeb je spjat s ostatními lidmi, jelikož pouze v součinnosti s ostatními je způsobilý uspokojit své základní biologické potřeby a tím je zajisté podtržen význam lidských potřeb, které mohou být uspokojeny pouze lidmi – potřeba bezpečí, kontaktu, lásky, uznání a podobně, tedy psychosociálních potřeb.⁴⁹

Osoby s duševním onemocněním jsou bohužel často zasaženi bariérou sociální komunikace. Skutečnost bývá mnohdy taková, že duševní nemoc ztěžuje, často i znemožňuje sociální kontakt a ochotu nemocného sdělit povahu svých potíží sociálně přijatelným způsobem. Vystupování nemocného se pak často zdá jako protismyslné, bizarní nebo asociální. To do velké míry určují aktuální potřeby nemocného, protože jejich rozsah může být značný až odstrašující. Důvodem k psychiatrické hospitalizaci zpravidla bývá selhání člověka ve společnosti, proto existuje termín „sociálně kontrolní funkce“.

⁴⁶ Podle HÖSCHL; LIBIGER; ŠVESTKA, 2002, str. 219

⁴⁷ Podle HNILICA, 2010, str. 18

⁴⁸ Podle ALLPORT, 2004, str. 82 - 83

⁴⁹ Podle STYX, 2003, str. 11

Zřejmě je tomu tak v případech, kdy nemocný ohrožuje sám sebe nebo své okolí. Osoby s duševním onemocněním se mnohdy vlivem nemoci znemožní v zaměstnání, způsobí rozvrat rodiny nebo kolem sebe vytvoří nepříznivé sociální klima.⁵⁰

Duševně nemocný člověk, chce být jako každý jiný, potřebný. K tomu neodmyslitelně patří uspokojování soukromých potřeb, ale také potřeby, které mu dovolí kontrolu nad vlastním životem a učiní z něj držitele společenských hodnot, tj. žáka, pracujícího, účastníka dopravy, člena kultury, přítele i člověka užívajícího a trpícího.⁵¹

Postavení osob s duševním onemocněním bylo v minulosti a je i v přítomnosti odrazem dané doby, vyspělosti kultury a úrovní poznatků. Pohled společnosti na osoby s duševní poruchou se mění velmi pomalu i přesto, že psychiatrie jako obor prošla velkým vývojem a fakt, že u většiny pacientů lze obraz i průběh jejich psychické poruchy zmírnit nebo dostat úplně pod kontrolu.⁵²

Společnost vůči porušení pravidel zaujímá převážně normalizační stanovisko, ale jakmile dojde k přidělení nálepky odchýlené od normy, postoj se stává negativním a bývá spojován se snahou nositele tohoto chování nějakým způsobem izolovat nebo dokonce i vyloučit. Toto je charakteristické pro průmyslové společnosti, kde se uplatňuje tzv. stigma.⁵³

3.4 Stigma v psychiatrii

Stigmatizace psychiatrie je spojena se samotným oborem. Toto stigma má historické kořeny, které vznikly na základě předsudků, že psychiatrie není lékařským oborem a k léčbě duševního onemocnění se využívají šarlatánské léčebné metody. Psychofarmakoterapie nebo elektrokonvulzivní terapie jsou nejvíce stigmatizovány. V minulosti byla kromě toho psychiatrie zneužívána nacismem a komunismem a v každé společnosti má kromě léčebné funkce navíc funkci kontrolní. Významnou roli v mezilidských konfliktech hraje stigmatizace oboru a psychiatrických zařízení.⁵⁴

Stigma duševní nemoci označuje ty vlastnosti, které diferencují osobu s duševním onemocněním od ostatních lidí ve společnosti. Jeho zdrojem jsou obavy lidí z duševní

⁵⁰ Podle STYX, 2003, str. 26

⁵¹ Podle DÖRNER; PLOG, 1999, str. 39 - 40

⁵² Podle OCISKOVÁ; PRAŠKO, 2015, str. 12 - 21

⁵³ Podle BAŠTECKÝ, 1997, str. 32 - 33

⁵⁴ Podle OCISKOVÁ; PRAŠKO, 2015, str. 30

nemoci a je založeno na stereotypu duševně nemocného. Stigma vede k izolaci a diskriminaci osob s duševním onemocněním, také snižuje jejich naději na rehabilitaci. Ostatním lidem se člověk s duševním onemocněním v rámci svého stigmatu jeví jako jedinec s vadami povahy (neschopný, nespolehlivý, slabý, hloupý, nekontrolovatelný a nebezpečný).

Jak jsem již zmiňovala, stigma vede k diskriminaci. Pokud mluvíme o tzv. heterostereotypu neboli public stigma, znamená to, že si lidé vytváří o duševně nemocném předsudky. Kromě toho představy a mínění, která mají příslušníci určité skupiny o sobě samých (například osoby s duševním onemocněním o jiných osobách s duševním onemocněním), sociální psychologové rozlišují jako autostereotypy, tzv. self stigma. Čím více člověk s duševním onemocněním uznává veřejné smýšlení o psychicky nemocných, tím snadněji se s tímto postojem vnitřně ztotožňuje. Prostřednictvím stereotypů bývají některé skupiny souzeny zjednodušeně a absurdně, potom dochází k zastírání individuálních schopností a odlišností. Tradiční interpretace a historicky vleké předsudky jsou základním principem. Vlivem různorodých příčin se stereotypy mohou pozvolna obměňovat. Nápadným činitelem změn je propaganda (typickým příkladem je nacismus).⁵⁵

Stigma můžeme také chápat jako situaci, kdy je člověk vyloučen z plného přijetí společností, neboli „normální“ většinou. V tomto důsledku pak ze strany společnosti dochází k určité formě diskriminace. Stigmatizovaným jedincům pak mohou být omezována nebo odnímána práva, mohou být vystaveni posměchu, odmítavým reakcím nebo mohou být trestáni. Předpoklad nebezpečnosti, morální slabosti, kontaminace a viny v sobě stigmatizace osob s duševním onemocněním nese. Toto stanovisko se stále opakuje ve stereotypech, kterými jsou tito lidé ve společnosti a v médiích hodnoceni a které odrážejí stanoviska k nim.

Osoba se stigmatem je nejčastěji definována jako „horší než člověk“, proto byla stigmatizace mnohdy ideologicky zneužívána. Na rozdíl od rasových stigmat, stigmata duševní poruchy působí hlavně na rovině úzkých interpersonálních vztahů, jako je zaměstnání a rodina. Nemoc je běžně odchylka, za kterou člověk není viněn ani sankciován, až na některé historické výjimky (lepra, tuberkulóza, pohlavní choroby a psychické poruchy).⁵⁶ „U duševních poruch je odmítání jedinců jimi trpících teoreticky vázáno na pokračující odchýlné chování, které pro okolí vyjadřuje určitý stupeň ohrožení.

⁵⁵ Podle HOSÁK; HRDLÍČKA; LIBIGER, 2015, str. 611 - 612

⁵⁶ Podle OCISKOVÁ; PRAŠKO, 2015, str. 21 - 22

Je dosud nezodpovězenou otázkou, proč stigmatizace a tím i odmítání fungují i u poruch, kde takovéto odchylné chování není vyjádřeno (úzkostné poruchy, somatoformní poruchy).⁵⁷ Podle všeho zde funguje nálepka samotná, jejíž působivost může být větší než další informace o jedinci. Krom toho nálepka duševní porucha nebo nemoc nebere v potaz její různé typy. Informace o kontaktu s psychiatrickými institucemi, především o hospitalizaci bohužel plní funkci nálepky. Člověk označený nálepkou se musí potýkat se zvýšenou společenskou kontrolou a je v souvislosti s ní nucen vysvětlovat každé odchýlení od normy.⁵⁸

3.4.1 Značkovací teorie

S problematikou stigmatizace duševně nemocných úzce souvisí tzv. nálepkovací neboli značkovací teorie. Značkování je zde chápáno jako forma stigmatizace. Ačkoliv tato teorie vznikla již dříve v oblasti kriminologie, v sociologii je obecně přijímána od 60. letech 20. století. Tato teorie je založena na tom, že odchylkám od normálu, označovaným jako deviace, dává vzniknout okolí jedince. „To, co je označeno jako deviantní, tedy tolik nesouvisí s tím, čeho se člověk dopustil, ale spíše s tím, jak na daný čin nahlíží společnost.“⁵⁹

V momentě, kdy je rozpoznána skutečná odchylka od normálního chování, následují reakce okolí. Tyto reakce mohou vést k označování. To je spojeno diskriminací, která pak zdůrazňuje deviantní chování, ovšem už ne na základě duševní nemoci, ale následkem utrpené sociální újmy.⁶⁰

Značkování může být buď laické, kdy nálepky mohou být dány okolím jedince (rodina, vrstevníci), nebo odborné, kdy jsou nálepky dány profesionály (lékař, psycholog). Přičemž se jednotlivé skupiny řídí odlišnými zákonitostmi. Laici reagují většinou normalizačně na problematické chování subjektu. Rodina a přátelé se snaží usměrňovat problematického člověka, aby jeho chování uvedli do souladu s normami. Pro vzdálenější okolí a odborníky je typická odezva konstatování duševní poruchy a případně její specifikace. Klasická medicína toto považovala za pozitivní vzhledem k tomu, že stanovení diagnózy je předpokladem správného postupu léčby. Nálepkovací teorie

⁵⁷ OCISKOVÁ; PRAŠKO, 2015, str. 22

⁵⁸ Podle OCISKOVÁ; PRAŠKO, 2015, str. 22 - 23

⁵⁹ GEIST, 1993, str. 207

⁶⁰ Podle BAUDIŠ; LIBIGER, 2002, str. 35

ale naopak poukazuje na negativní stránky tohoto bodu, protože jedinec se stává objektem stigmatizace, je mu tímto vnucena nepříznivá role. Díky tomu vznikají špatné podmínky pro jeho reintegraci.⁶¹

V rámci značkovací teorie se objevují dvě koncepce: primární a sekundární deviace. Tyto koncepce jako první popsal americký sociolog Edwin M. Lemert. Primární deviace je chápána jako prvotně rozpoznané porušení pravidel. To je buď tolerováno, nebo označeno neformální nálepkou bez dalších následků. Sekundární deviace nastává, když jedinec přijímá deviantní roli. Jedinec v tomto případě může používat deviantní chování jako prostředek přizpůsobení se, jako obrannou, či útočnou strategii.⁶²

Thornicroft s kolegy (2009) vytvořil zřejmě nejkomplexnější model jednotlivých složek stigmatizace. Tento model se skládá ze čtyř základních komponent:

1. Značkování – stojí na počátku procesu stigmatizace, jde o zaznamenání charakteristik, kterými se subjekt odlišuje oproti společenské normě;
2. Stereotypie – jde o odlišnost, která je spojena s nevhodnými osobnostními znaky, vlastnostmi či projevy chování;
3. Separace – dochází k oddělení od majoritní společnosti;
4. Ztráta pozice a diskriminace – stigmatizované osoby jsou odmítány a vylučovány ze společnosti.⁶³

3.5 Nejvíce stigmatizovaní jedinci

Mezi nejvíce stigmatizovaná onemocnění patří schizofrenie, bipolárně afektivní porucha, porucha osobnosti, porucha příjmu potravy, úzkosti a obsedantně kompulzivní porucha. Stigmatizací jsou však nejvíce zasaženi pacienti s duševní poruchou schizofrenie. Mnoho lidí o tomto pojmu slyšelo, nebo ho dokonce zná, ale ne pokaždé vědí, co si pod ním představit.⁶⁴ Schizofrenie je celoživotní onemocnění, duševně zdravím lidem se její příznaky (halucinace a bludy) zdají hrubě abnormální a nepochopitelné. Záleží, jak dobře známe příčiny a jsme schopni léčit jednotlivé duševní poruchy, to mimo jiné souvisí s tím, jak je vysoká míra stigmatizace.⁶⁵

⁶¹ Podle HÖSCHL; LIBIGER; ŠVESTKA, 2002, str. 221

⁶² Podle BAŠTECKÝ, 1997, str. 29

⁶³ Podle OCISKOVÁ; PRAŠKO, 2015, str. 24 - 25

⁶⁴ Podle tamtéž, str. 27

⁶⁵ Podle HOSÁK; HRDLÍČKA; LIBIGER, 2015, str. 613

3.5.1 Základní charakteristika schizofrenie

„Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí. Zásadní je porucha myšlení a vnímání, oploštělá nebo neadekvátní emotivita a narušené chování a jednání. Schizofrenie je představitelem psychotického onemocnění. V odborné terminologii je psychóza charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality. Tomu do určité míry odpovídá představa laiků – postižený je přesvědčen o bizarnostech, slyší nebo vidí něco, co ostatní ne, a jeho řeč a chování jsou divné a nepochopitelné. Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění.“⁶⁶

Schizofrenie ruší osobní, intelektový, emoční i sociální život člověka. Přispívá k narušení vztahu k sobě samému a k vnějšímu světu, ke ztrátě kontaktu s realitou.

Schizofrenik je v laické představě člověk, kterého postihují halucinace a bludy, dále má nápadné, nepřiměřené chování, nesouvislou, podivnou a nesrozumitelnou řeč a jedinec s podivnými pohyby a neobvyklými činnostmi.

Mezi charakteristické příznaky nemoci řadíme příznaky pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky jsou bludné představy a myšlenky, halucinace nejrůznějších smyslů a druhů, dezorganizace řeči a dezorganizované chování či katatonní projevy. Mezi negativní příznaky pak řadíme otupění a oploštění emocí, úpadek vůle, iniciativy a spontánnosti, chudost řeči, ztrátu zájmů, bezcílnost, nečinnost a ztrátu vztahů k okolí a výraznou sociální izolaci.⁶⁷

3.5.2 Předsudky spojené s onemocněním schizofrenie

Přibližně před dvaceti lety světová psychiatrická asociace (WPA) odstartovala globální program zaměřený proti stigmatu a diskriminaci schizofrenního onemocnění, který se od té doby postupně rozvíjí. Předsudky spojené s onemocněním schizofrenie, které udržují stigmatizaci, obsahují některé z následujících předpokladů:

Nikdo se z onemocnění schizofrenií nevyлéčí, schizofrenie je nevyлéčitelné onemocnění.

Schizofrenie ve skutečnosti nemá nevyhnutelně vzestupný nebo celoživotní průběh. Jedna až dvě třetiny pacientů dlouhodobě prožívá uspokojivý život. Obměny průběhu, které jsou charakteristické průběhem s úplným vymizením příznaků nemoci, popsala řada

⁶⁶ ČEŠKOVÁ; KUČEROVÁ; SVOBODA, 2006, str. 181

⁶⁷ Podle MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002, str. 58 - 59

dlouhodobých studií. Mnoho proměnných, jako jsou diagnostické omyly, nesprávná léčba, rodinné prostředí nebo sociální vlivy může ovlivňovat průběh nemoci, tak jako vlastní intenzita a rozsah příčin a projevů schizofrenie.

Jako u mnoha jiných nemocí je možné vývoj tohoto onemocnění kontrolovat, snižovat jeho následky jak v osobním, tak pracovním životě, pokud je tedy léčeno včas a správně. Jestliže je od začátku postaráno o řádnou rehabilitaci, v první řadě rehabilitaci sociálních postojů a dovedností, nemocným to jen prospívá.

Pacienti se schizofrenií mají většinou sklon k násilí a jsou nebezpeční.

Násilný trestný čin většina osob s duševním onemocněním nikdy nespáchá. Přestože je u pacientů se schizofrenií mírně zvýšené množství násilných trestných činů, je to většinou z důvodu, že nemocný není léčen správně nebo vůbec. Násilí může vycházet ze skutečností souvisejících s duševní poruchou, což jsou halucinace a bludy, nemocní proti tomuto ohrožení mnohdy vynakládají velké úsilí. Sami se často stávají obětmi trestných činů. Riziko spáchání násilných trestných činů je zde stejně jako u zdravých lidí posíleno konzumací alkoholu a drog.

Lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a nemohou soustavně pracovat.

Je prokázáno, že pokud jsou lidé se schizofrenií podporováni, je víc než polovina z nich schopna získat a udržet si zaměstnání na otevřeném trhu práce.

Intenzita psychopatologie bezprostředně s pracovním výkonem a způsobilostí nesouvisí. Pro nemocné je prospěšné a zvládnutelné pracovní místo, které je bez stresu, pravidelné a jsou zde vymezeny jasné pracovní povinnosti. Jsou známy případy, kdy jedinci prodělali psychózu a navzdory tomu měli vynikající tvůrčí a pracovní výsledky.

Schizofrenie je druh trvalé duševní zaostalosti.

Ze zkušenosti víme, že předsudky jsou z velké části nesprávným proroctvím a povzbuzují sami sebe – bludný kruh.

Stigma schizofrenie s veřejností sdílí i lékaři, ale předsudek o svém onemocnění často sdílí i sami nemocní. Nemocný se zdráhá označit své obtíže nebo mu je diagnóza zastírána, aby nebyla posílena újma, která je s ní spojená, proto je velice obtížné dosáhnout toho, aby se nemocný stal spojencem lékaře. Řádná informovanost nemocného o povaze, průběhu a důsledcích jeho onemocnění, o tom, jak s nemocí zacházet a jak se s ní učit žít, je nejlepším bojem proti stigmatizaci. V ideálním případě by měl nemocný spolupracovat

se zdravotníky a pomáhat jim s odstraněním problémů a omezení, které plynou spíše ze sociální percepce nemoci než z její pravé podoby.⁶⁸

3.6 Stigmatizace a média

Duševně nemocný nese tíhu hodnocení své nemoci ostatními lidmi. Toto hodnocení má své kořeny v kultuře a je každodenně utužováno zprávami a poznámkami v běžné řeči. Toto hodnocení nerozlišuje jednotlivá duševní onemocnění a zrcadlí informace z doslechu, literatury a médií. Snadno se můžeme dočíst, že schizofrenik spáchal nějaký násilný trestný čin, ale že ho spáchal například diabetik, se nedočteme. Existuje jistá souvislost mezi postojem lidí k osobám s duševním onemocněním a tím jakou kde slyšeli nebo četli mediální zprávy. V případech, kdy si vybavovali zprávu kriminálního charakteru, jejich postoj byl většinou negativní. Pokud si vybavovali například celebrity, která trpí duševní chorobou, jejich postoj byl tolerantnější a duševní poruchu akceptovali jako jinou nemoc.⁶⁹

Existuje několik studií zkoumajících spojitost mezi negativním mediálním obrazem osob s duševním onemocněním a negativním vnímáním těchto osob společností, které dospěly k závěru, že stigmatizující prezentace v médiích má přímý negativní vliv na tyto osoby i na sociální politiku (Angermeyer, Matschinger, 1996; Grinfeld, 1998; Olstead, 2002; Nesseler, 2011; Nawka et al., 2012). V těchto studiích bylo zjištěno, že lidé s psychickými poruchami jsou v médiích vyobrazováni převážně v negativním světle.

Média se tomuto tématu věnují poměrně často, popis však bývá většinou zkreslený a zdůrazňuje převážně výrazné odlišnosti a negativní rysy. Corrigan a kolektiv (2005) ve své studii dospěli k závěru, že 39 % článků zabývajících se psychickými poruchami se zaměřuje na nebezpečné a kriminální chování osob s duševním onemocněním. Podle závěrů Warda (1997) a Steadmana s kolegy (1998) lidé trpící psychickou poruchou nepáchají kriminální činy ve vyšším procentu než běžná populace. Z toho vyplývá, že média zkreslují reálnou situaci a tím napomáhají k udržení stigmatu těchto osob.⁷⁰

Lucie Nawková s kolegy (2012) se ve své komparativní studii zaměřili na vyobrazení osob s duševním onemocněním v českých, slovenských a chorvatských tištěných médiích. Zaměřili se na články týkající se tématu duševního zdraví v nejčtenějších denících.

⁶⁸ Podle BAUDIŠ; LIBIGER, 2002, str. 37 - 39

⁶⁹ Podle HOSÁK; HRDLÍČKA; LIBIGER, 2015, str. 612 – 613

⁷⁰ Podle OCISKOVÁ; PRAŠKO, 2015, str. 33

Negativní postoje vůči těmto jedincům byly nalezeny v 37 % článků publikovaných v České republice, v 38 % článků na Slovensku a ve 40 % článků v Chorvatsku. Analyzované články také ukázaly, že lidé s duševním onemocněním jsou častěji zobrazováni v roli pachatele trestné činnosti (29 %) než v roli její oběti (9 %). Výsledky naznačují, že stupeň stigmatizace lidí s duševními poruchami je relativně vysoký. Dochází k posilování negativních stereotypů, protože tito lidé jsou zobrazováni jako násilní jedinci.⁷¹

V posledních letech je věnována zvýšená pozornost médií tématu duševních nemocí, které jsou vykreslovány jako nový fenomén postihující velkou část populace. Zprávy o lidech s duševními poruchami a o jejich léčbě se však velmi často vyznačují stereotypy a jednostranně negativními atributy. V souvislosti s rozvojem moderních médií a nových možností prezentace by bylo vhodné využít média k prezentaci vyváženějšího a diferencovanějšího obrazu psychiatrických poruch.⁷²

O lidech s duševním onemocněním pojednávají některé populární filmy, což může napomáhat ke zvýšení obecného uvědomění a zlepšení mínění o těchto osobách. Jde například o filmy jako Václav, Návrat idiota nebo americký snímek Čistá duše, kde jsou v hlavních rolích ztvárněni duševně nemocní jedinci.⁷³

3.7 Destigmatizace

Destigmatizace je reakcí na stigmatizaci, je důležitou součástí vytváření prostředí a podmínek pro zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním a měla by být jednou ze zásadních priorit ve společnosti.

U pacientů s duševním onemocněním jsou mechanismy působení stigmatu zmapované, ale zdaleka ne jednoduché:

1. Může být oprávněná domněnka, že zdrojem stigmatizace může být léčbou neovlivněné chování na veřejnosti a že k jejímu snížení může vést úspěšná léčba. I když se zdá, že toto není v dnešní době tolik významné.

2. Mnohem důležitější je zřejmě subjektivní vnímání stigmatu jedincem s přesně popsány změnami v sociálním chování. Pokud se jedinec sám považuje za méněcenného

⁷¹ Podle <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=671>

⁷² Podle OCISKOVÁ; PRAŠKO, 2015, str. 34 - 35

⁷³ Podle HOSÁK; HRDLÍČKA; LIBIGER, 2015, str. 613

nebo se obává prozrazení příslušnosti ke stigmatizované skupině, mění své chování způsobem, které mu přináší komplikace.

3. Zdrojem stigmatizace může být i samotné označení jedince za příslušníka určité sociální skupiny. V takovéto situaci ani nemusí dojít k samotnému podnětu ke stigmatizaci.⁷⁴

Prevence stigmatizace je velmi důležitá, možností, jak jí předcházet je více. Podstatná je pečlivá diagnostika, v praxi by neměla být stanovena výslovná psychiatrická diagnóza, dokud není ošetřující lékař přesvědčen o její správnosti. Stejně tak je důležité vyvarovat se nevhodným označením, jako je například „blázen“, „psychopat“ nebo „hysterka“. V psychiatrii, medicíně i sociální práci obecně platí, že k pacientovi či klientovi přistupujeme s respektem. Významná je také podpora svépomocných skupin, edukace rodin klientů či pacientů a rodinná terapie.⁷⁵ Mezi další možnosti snižování stigmatu patří: adekvátní léčba, důsledná mlčenlivost, nácvik sociálních dovedností a odstraňování sebestigmatizace.⁷⁶

Vedle zlepšení kvality péče o duševně nemocné se v posledních letech stala hlavním cílem psychiatrie právě destigmatizace. WPA v roce 1996 zahájila rozsáhlou vzdělávací kampaň „Open the doors“. Destigmatizační programy probíhaly také na školách, cílem bylo zvýšení informovanosti o duševních nemocech, ale také navázání kontaktu s nemocnými. Ten redukuje stigma a usnadňuje lidem jejich akceptování. V České republice tento program zaštitila například organizace Academia Medica Pragensis.

Důraz je kladen hlavně na osvětu, vzdělávání a upozornění na stigma duševní nemoci. Je také vhodné informovat veřejnost o symptomech duševních poruch. Některým duševním poruchám je možné předcházet, proto je vhodné zaměřit pozornost na rizikové skupiny například na jedince s rizikem suicidálního chování.⁷⁷

⁷⁴ Podle HÖSCHL; LIBIGER; ŠVESTKA, 2002, str. 220

⁷⁵ Podle HOSÁK; HRDLIČKA; LIBIGER, 2015, str. 613 - 614

⁷⁶ Podle HÖSCHL; LIBIGER; ŠVESTKA, 2002, str. 220

⁷⁷ Podle HOSÁK; HRDLIČKA; LIBIGER, 2015, str. 613

3.7.1 Projekt destigmatizace

Tento projekt byl zahájen 1. září 2017, zaštiťuje ho Národní ústav duševního zdraví a je podporován Evropským sociálním fondem. Jeho cílem je zvýšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním prostřednictvím spektra destigmatizačních opatření. Je založen na prvotřídních zahraničních a vnitrostátních zkušenostech, důkladné situační analýze, kooperaci s předními světovými kapacitami v oboru psychiatrie, na širokém spolupodílení lidí s duševním onemocněním a jejich blízkých a na odborné bázi sdružující významné zástupce psychiatrické péče v České republice. Složkou tohoto projektu je nepřetržité vyhodnocování efektivity daných opatření.

Projekt řeší problém nutnosti zajistit účinnou a na poznatcích založenou destigmatizaci osob s duševním onemocněním a její komunikaci v ČR. Dle dostupných záznamů žije u nás 603 205 až 3 428 000 osob s duševním onemocněním, kteří se potýkají se zdravotními i sociálními obtížemi. Nejzávažnější sociální obtíží je právě stigmatizace, která vede k vyloučení a znevýhodnění v mnoha oblastech.

V České republice je stigmatizace vysoká, a to jak v laické veřejnosti, tak mezi odborníky poskytující sociální a zdravotní péči. Destigmatizační projekty, které probíhají na území ČR, nejsou prováděny a cíleny systematicky a jejich výsledky nejsou měřeny. Tento projekt však přináší rozsáhlou stupnici destigmatizačních aktivit, jejichž efektivita bude hodnocena pomocí vědeckých metod a zapojuje řadu českých stakeholderů i zahraničních odborníků.

Primárním cílem projektu je zajištění účinné destigmatizace lidí s duševním onemocněním v České republice. Trvalé zvýšení kvality života všech osob s duševním onemocněním v naší společnosti je pak cílem globálním. Sekundární cíle jsou tyto následující:

- v krátkodobém horizontu 3 měsíců nastavit plán destigmatizačních opatření v kontextu reformy psychiatrické péče pro období 1 roku,
- odpilotovat 6 opatření vůči 230 osobám z cílových skupin a nastavit střednědobý plán regionálních intervencí na 2. - 5. rok projektu,
- implementovat naplánovaná opatření pro 3 842 osob z cílových skupin ve všech regionech ČR u 30 poskytovatelů sociálních služeb a 48 poskytovatelů zdravotních služeb,

- zhodnotit výsledky projektu a zpracovat doporučení destigmatizačních opatření na dobu udržitelnosti (nastavení dlouhodobého plánu od 6. roku dále).⁷⁸

V rámci projektu destigmatizace se 17. - 18. května 2018 konalo setkání se zahraničními experty. Jeho cílem bylo sdílení zkušeností s projektováním, vedením a vyhodnocováním destigmatizačních programů a aktivit. Byl zde prezentován český národní destigmatizační projekt, jeho zacílení na konkrétní skupiny i současný stav navrhovaných postupů. Témata, která byla probírána, úzce souvisí s vlivem na změnu celospolečenského přístupu k osobám s duševním onemocněním a dále s vyhodnocením dopadu tohoto projektu a posouzením jeho role v dalším vývoji agendy reformace péče o duševní zdraví.

Na setkání byly řešeny také možnosti dalšího rozvoje projektu a jeho budoucí zaměření. Z těchto návrhů je možné zmínit například: uspořádání průzkumů vnímání kampaně veřejností; jaký úspěch měly konkrétní akce související s projektem; prezentování příběhů a zkušeností duševně nemocných; význam aktivního přístupu k široké veřejnosti a důraz na dostatečnou osvětu; zapojení veřejně známých osobností, které se sami potýkaly se stigmatizací; prohloubení spolupráce s profesionály; vyhodnocení a práce s kritickými ohlasy.⁷⁹

Další destigmatizační aktivity v ČR:

1. Kampaně – „Týdny pro duševní zdraví“ (Fokus Praha, UNIJAZZ), Projekt „Změna“ (CRPDZ Praha, Amepra), Festival „Mezi ploty“ (Nedomysleno, s. r. o.).
2. Zapojení uživatelů – Poradenství poskytované uživateli (VIDA, o. s.), Zapojení uživatelů v tréninkových kavárnách a obchodech (Green Doors, o. s., Práh o. s., Lomikámen, o. s., ESET-HELP, o. s., Fokus Vysočina, o. s.).
3. Progmany na školách – „Blázníš? No a!“ (Fokus Praha, o. s.).⁸⁰

⁷⁸ Podle <http://destigmatizace.info/o-projektu/>

⁷⁹ Podle <http://destigmatizace.info/wp-content/uploads/2018/06/Summary-of-the-meeting-with-international-experts.pdf>

⁸⁰ Podle <http://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>

4 Rozhovory

Téma mé bakalářské práce zpracované v teoretické části chci doplnit o rozhovory, které jsem osobně zrealizovala se sociálními pracovníky z občanského sdružení ESET-HELP a podložit tak teorii skutečností a zkušenostmi sociálních pracovníků s danou cílovou skupinou.

Občanské sdružení ESET – HELP je dlouholetým poskytovatelem sociálních služeb osobám s duševním onemocněním a lidem s takzvanou duální diagnózou (kombinace závislosti a duševního onemocnění). Poskytuje péči o duševní zdraví a snaží se přispívat k jejímu rozvoji. Poskytované služby navazují na zdravotní péči a rozšiřují ji o psychosociální poradenství a rehabilitaci. Organizace pomáhá svým klientům znovu získat zdravotní, psychickou a sociální stabilitu, obnovit či rozšířit vlastní možnosti a dovednosti a tím překonat jejich nepříznivý stav. Primárním cílem je získat spokojený a plnohodnotný život. ESET-HELP poskytuje následující sociální služby: Centrum denních aktivit, podpora zaměstnávání, chráněné bydlení a komunitní terénní tým.⁸¹

Rozhovory jsem uskutečnila ve zdravotnickém zařízení Klinika ESET během června 2018. Provedla jsem tři strukturované rozhovory, otázky byly sestaveny na základě vlastní konstrukce a konzultace s vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Monikou Novou, Ph.D. Podkladem pro sestavení otázek do rozhovorů byla teorie odborné literatury, ze které jsem čerpala. Otázky byly konstruovány tak, aby této teorii odpovídaly. Rozhovory jsem nejprve nahrávala na diktafon a poté přepisovala, výpovědi respondentů jsem záměrně neupravovala, aby zůstaly autentické. V následujícím textu své rozhovory předkládám.

1) Z jakého důvodu jste se rozhodl/a pro práci s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním? Co konkrétně je Vaší pracovní náplní?

Soňa:

„Mou náplní práce je konkrétně terénní sociální práce, řeším sociální situace, které má tato cílová skupina a také sociální rehabilitaci.

Abych byla úplně upřímná, vrátila jsem se. Hledala jsem práci v sociální oblasti, v sociálních službách, celkově práci pro sociálního pracovníka, protože jsem to měla v životě vyzkoušené, že v této roli se cítím nejlépe, zkrátka, že se v tom cítím jako doma.

⁸¹ Podle <http://www.esethelp.cz/index.php#about>

Nijak jinak to neumím popsat. Pro mě to nebyla vyloženě cílová skupina, ale zaměstnavatel, má dle mého velice dobré reference a nabízí podmínky, které ve státním sektoru nenabízejí. Líbí se mi i ta sociálně-zdravotní kombinace, mám potřebné vzdělání a vždy se mi dobře pracovalo i s lékaři. Takže to nebylo úplně prioritně duševní onemocnění, ale svým způsobem mě lákalo. Myslím, že i v široké veřejnosti je to takové zajímavé téma. Zajímala jsem se o duševní onemocnění a četla jsem si o jednotlivých duševních chorobách. Kdysi jsem se po škole i hlásila na podobné místo, ale nevzali mě, takže jsem si svůj sen, že v psychiatrii pracuji, splnila až později. “

Libor:

„Rozhodl jsem se pro tuto práci, protože mám jednak vzdělání potřebné pro tuto profesi a přišlo mi, že je to potřeba. Je to pro mě práce, na kterou sem pyšný, mám pocit, že to má pro mě smysl, že páchám dobro. Lepší než prodávat například hrnce.

Mou náplní je jednak přímý kontakt s našimi klienty, příjem té cílové skupiny vůbec, šetření potřeb, plánování krátkodobých a dlouhodobých cílů, pomoc v různých oblastech počínaje dávkami a konče u dobrovolných aktivit. Dále pak vedení týmu, což je práce s kolegy na jejich vzdělání, zaškolení nových pracovníků a podobně. “

Hana:

„S lidmi s vážným duševním onemocněním pracuji necelé 4 roky. Předtím jsem pracovala 5 let se seniory a to v denním stacionáři – skupinová práce pro lidi s poruchou kognitivních funkcí – onemocněním Alzheimerova typu. Když jsem odcházela, uvědomila jsem si, že mé schopnosti a pocit spokojenosti se spíše váží k individuální práci s klientem, zároveň k vedení případu (tj. plus spolupráce s rodinou a dalšími lidmi, organizacemi, institucemi v okolí klienta a v jeho přirozeném prostředí). Současně jsem vnímala, že moje dovednosti a můj přístup (přístup zaměřený na člověka, nedirektivní, trpělivý, respektující tempo klienta, zahrnující empatické porozumění a mou kongruenci a „bytí u“ klienta) můžou být nejlépe užitečné právě u lidí s nějakým druhem duševního onemocnění. Takže důvody stručně: možnost uplatnit své dovednosti a nadání – tj. seberealizace a tím také snad reálná užitečnost pro klienty.

Jsem sociální pracovnice – case manažerka v komunitním terénním týmu. “

2) Je dle Vašeho názoru, stigmatizace duševně nemocných osob aktuálním tématem v české společnosti?

Soňa:

„Osobně si myslím, že ano. Široká veřejnost, úředníci... určitě duševně nemocné stigmatizuje a nemoc je ve společnosti stále tabu. Pokud někdo řekl, že se léčí s psychiatrickou chorobou, lidé se báli, lekli apod. a bohužel je tomu tak doposud.“

Libor:

„Určitě si myslím, že je to aktuálním tématem. Dokonce bych řekl nejenom osob s duševním onemocněním, ale obecně stigmatizace jako pojem.“

Hana:

„Ano, stejně jako je aktuálním tématem u jiných vyčleňovaných či jinakostí zvýrazněných skupin lidí. Momentálně může stigmatizace lidí s duševním onemocněním vystupovat také proto, že je to obecně tématem s ohledem na transformaci psychiatrické péče.“

3) Setkávají se s ní vaši klienti? Pokud ano, vnímají ji jako téma, o kterém je nutné a smysluplné hovořit?

Soňa:

„Jestli se s tím naši klienti setkávají, nedokážu posoudit, pracuji zde zatím krátkodobě. Mám ale takovou malou zkušenost, když jsme hledali s klientem zaměstnání a on řekl, že se léčí s duševní nemocí, tak se to zaměstnavateli nelíbilo a práci mu nedal. Přitom se nemají doptávat, na co ten invalidní důchod klienti mají.“

Libor:

„Osobně mohu posoudit, že naši klienti se se stigmatizací setkávají. Dle mého názoru to pro ně není většinou téma, pokud se tedy nedostáváme na úroveň, kdy klient hledá zaměstnání, o kterém je potřeba nějak více mluvit, nebo mají spíše pocit, že se jich to moc nedotýká. Ale abych to neřekl úplně špatně, oni si toho spíše často vůbec nevšimnou. Mám takovou zkušenost, když jsem doprovázel klientku, která se chovala trochu „zvláštně“, mluvila hodně nahlas a lidé se na ní nezvykle dívali, děti na ní ukazovali, ale ona si toho prostě nevšimla, tito klienti jsou občas v tunelovém vidění, kdy vidí jen tu

svou cestu autobusem, do Esetu například, tak si těchto jemných nuancí jednoduše nevšímají. Veřejnost jim to nedává „sežrat“ zcela otevřeně. Osoby s duševním onemocněním často nemají moc přátel, žijí sami, tak to k nim nemá moc jak proniknout někdy, ale jakmile se dostávají na tu úroveň, kdy hledají práci a setkávají se s tím odmítnutím, tak rozhodně, ale takových klientů tolik nemáme. Podle mě to klienti zkrátka vnímají jinak než my.“

Hana:

„Mojí klienti o ni zas tak často nemluví, respektive aby člověk mohl mluvit o stigmatizaci jako stigmatizaci, musí si uvědomit mimo jiné, že se mu něco nelíbí, je mu to nepříjemné, že to nemusí zažívat, že má právo na to to nezažívat apod. Množství mých klientů je naučených, že musí být vděční za to, co je a své potřeby upozadují. Přesněji řečeno, pokud se jim něco nelíbí, je to spíše tak, že jsou přesvědčení, že něco sami nedělají dobře, to znamená, že sami sebe obviňují. Takže cesta k tomu, že klient pocítí a připustí, že to, co se mu děje, se mu nelíbí, je mu nepříjemné, přes schopnost říci ne a říci, že má právo na jiné jednání, je dlouhá, ale není nekonečná. Často je z mého pohledu ten počáteční postoj klienta spoluvytvořen také systémem psychiatrické péče, vyjma výchovy, socializace a tak dále.

Vybavuji si několik klientů, kteří si své potřeby (důstojnost a autonomii) uvědomovali jako nárokovou a mluvili o tom, že jakmile je člověk označen za „blázna“, to znamená, že dostane diagnózu, ztrácí okamžitě jeho slova váhu (toho nemusíme poslouchat, ten je mimo), a to obzvlášť ve zdravotnickém prostředí (i u somatických lékařů). Mluví o pocitech úplné bezmoci. Zároveň jsou v pozici, kdy se nemůžou ohradit, když nejsou naplňována jejich práva jako pacientů, nemohou se ohradit, jsou hned agresivní apod.“

4) Jaké jsou podle vás příčiny stigmatizace v současné české společnosti?

Soňa:

„V naší společnosti není podle mě dostatečná osvěta, možná jsou to i zkreslené informace z medií, filmů. V médiích hodně operují s psychiatrickými diagnózami, ale ve skutečnosti se to nezakládá na reálných nebo vědeckých faktech. Běžný člověk s člověkem s vážným duševním onemocněním obvykle přijde do kontaktu zřídka, tedy chybí zde nějaká zkušenost. Vím, že i hodně psychiatrů si na média stěžuje. A zřejmě to souvisí s celkovou historií lidstva, vždycky se duševně chorých osob lidé báli, protože jim zkrátka

nevidí do hlavy. Je to jedno s druhým, strach, nevědomí a osvěta psychiatrie ve společnosti. “

Libor:

„Myslím, že je to z velké části dané tím, že se o tom málo ví. Ne každý ví, co je to například schizofrenie, někdo ví zhruba a někdo si to ještě třeba plete s něčím jiným. Člověk má sice nějakou představu, ale tyto představy bývají často zamrzlé někdy před osmdesáti lety, kdy ty osoby někde v hororu terorizují nějaké jiné osoby s mačetami například, což se většinou samozřejmě neděje, ale pokud se něco takového stane, tak se to totálně rozmázne. Když nějaký „zdravý“ člověk někoho zavraždí, nepíše se o tom ve smyslu, že třeba sociální pracovníci vraždí na Praze 10, ale že někdo zkrátka někde vraždil, ale jakmile to udělá schizofrenik, píše se o tom, že to byl schizofrenik a spojuje se to s touto nemocí. A nevím, jestli je to prostě tím, že novináři nejsou dostatečně inteligentní, nebo to píší kvůli té senzaci, protože když něco udělá „normální“ člověk není to tak čtivé jako, když to udělá nějaký psychotik, čtenáře to asi více zajímá.

Také je to zajisté spojené s osvětou, která je velice nedostatečná. Zkrátka si myslím, že je to hlavně o těch informacích, médiích a strachu z neznámého. “

Hana:

„Lidský strach a neznalost (nedostatek informací). Takže nereflektované emoce, ‘my a vy’ potřeba apod.

Každá strana má dvě mince, ale účelové zkreslování informací médii a i jednotlivci, třeba prostřednictvím sociálních sítí. Nedostatek informací neúčelových. Jednoduše chybějící kultura kritického myšlení ve veřejném prostoru, respektive chybějící převaha takového myšlení ve veřejném prostoru, nebo občanská společnost.

Tempo doby (důraz na kvantitu nad kvalitou), to souvisí s rozvojem technologií – zjednodušování, povrchnost, usnadňování, konzum. “

5) Jaké faktory zlepšují a zhoršují postavení osob s duševním onemocněním v české společnosti?

Soňa:

„Mezi faktory, které zlepšují postavení osob s duševním onemocněním, rozhodně patří osvěta společnosti, budování a zkvalitňování sociálních služeb, podpora klientů

v samostatném fungování, bourání bariér, nějaké kulturní akce – například Mezi ploty, Bláznit je lidské apod. Činitelé, kteří postavení osob s duševním onemocněním zhoršují, se mi teď bohužel žádní nevybavují. Přejde mi také důležité jaká je v zemi kultura, jak se společnost chová k minoritám apod.“

Libor:

„Dle mého názoru to často zhoršují opět média, když se například stal průšvih s paní na Smíchově, která v nějaké kavárně někoho škrtila a potom někoho ubodala, poté co byla propuštěna z psychiatrické nemocnice, tak média to samozřejmě podala tak, že to byla schizofrenička a mnoho lidí se potom na toto onemocnění dívalo jinak, v tom smyslu, že všichni schizofrenici jsou nebezpečné osoby. Zkrátka všechny negativní případy, když se někde stane nějaký průšvih, když se třeba propustí někdo, kdo na to ještě není dostatečně připravený, selhání lékaře nebo sociálního pracovníka, tak rozhodně všechny tyto faktory zhoršují postavení osob s duševním onemocněním.

Ke zlepšení jejich postavení určitě přispívá osvěta, to že se o tom mluví, například, nějaké osobnosti vystoupí a řeknou, že je to tak a tak. Pokud má někdo nějaký pozitivní příklad někoho, koho zná. Osobně mám třeba známého, který má syna s duševním onemocněním, chodím k nim na návštěvu, vídám se s nimi, ale třeba jsem dříve vůbec nevěděl, že má schizofrenii. Tedy pokud máme ve svém okolí nějaký kladný příklad a vidíme, že to funguje, tak to rozhodně k jejich postavení přispívá. Ideální je, když je to třeba nějaká známá osobnost. Ted' nevím, jestli to bylo v Belgii nebo v Holandsku, ale někdo v královské rodině byl duševně nemocný, tudíž to řešila celá společnost a řekla si: „Aha, i královská rodina může být nemocná, to je tedy nemůžeme zavřít do blázince. Pojd'me to udělat nějak jinak.“ Tak myslím, že takovéto případy toto postavení osob zlepšují.“

Hana:

„Úroveň společenského veřejného diskurzu na toto téma. Přítomnost tohoto tématu ve veřejném prostoru a podobně.“

6) Jak vaši klienti hodnotí reakce okolí na svoji diagnózu?

Soňa:

„Klienti často svou diagnózu nepřijímají, tvrdí: „ale já přece tuhle nemoc nemám, nemůžu mít“, takže to velice často jejich okolí ani netuší. Bývá to ale častým problémem při hledání zaměstnání.“

Libor:

„Jak říkala kolegyně, okolí klienta to většinou neví, jakmile se to tedy nedostane na úroveň pracovních záležitostí, kdy se to zaměstnavatel nějakým způsobem dozví. Veřejnost o jejich diagnóze často zkrátka neví, řekne si například, že je ten člověk nějak „divný“.

Klienti to často vůbec neřeší, nemají moc přátel, od kterých by dostávali tu zpětnou vazbu. Někdy se také stává, že klient nebo jeho okolí diagnózu nepochopí. Přijde mi také důležité, že záleží, pokud klienta jeho okolí zná již delší dobu. Mám klienta, který pracuje na otevřeném trhu práce, a jeho kolegové ho berou, neznají sice jeho diagnózu, ale vědí, že se léčí u psychiatra, ale jejich vazby fungují naprosto normálně. Jinak musím říct, že pokud klienti nějakou zpětnou vazbu dostanou, hodnotí ji celkem pozitivně. Na co si klienti občas stěžují, je jednání na úřadech. Někdy své klienty doprovázím a místo toho, aby mluvili na klienta, mluví ke mně nebo na něj mluví nahlas a pomalu, nebo jako na malé dítě. Nemyslím si, že to úřady dělají naschvál, ale je to o nevědomosti.

Mám klienta, který má prarodiče a bydlí s nimi, ti nemůžou pochopit, že je to mladý muž a nechodí do práce. Myslí si, že je líný a jeho onemocnění bagatelizují a diagnózu moc neakceptují.

Další problém se může vyskytnout při zdravotnickém ošetření. Jednou jsem doprovázel klienta, který trpěl podváhou do nemocnice, kde ho nechtěli ošetřit. Jakmile se dozvěděli, že je to psychiatrický pacient, tak ho chtěli raději poslat do Bohnic. Takže to se klientovi rozhodně nelíbilo, bral to tak, že se ho v té nemocnici báli. Ale takové případy se často naštěstí nestávají.“

Hana:

„Některým klientům přinesla diagnóza úlevu, protože jejich okolí spolu s diagnózou uznali, že nejsou líní, že onemocnění a jejich chování nebylo a není jejich chyba a podobně. Takže někteří to hodnotí i pozitivně.

Někteří klienti mluví o tom, že je okolí nebere vážně, bojí se jich nebo je lituje. “

7) Jak myslíte, že stigmatizace ovlivňuje jejich životy a životy jejich rodin a blízkých?

Funguje nějaká vzájemná spolupráce ze strany klientů a jejich rodin s Vámi?

Libor:

„Rodiny s námi celkem spolupracují, většinou je to dobře. Někdy to úplně dobře není, protože chtějí ten případ řídit a z našeho klienta chtějí udělat loutku a z nás také. Většinou však naštěstí, spolupráce funguje dobře, rodinu můžeme nějakým způsobem zapojit do plánu a nemusíme vše dělat my, rodina zajistí různé doprovody apod. Pokud tedy tato spolupráce funguje, bývá to velkým plusem.

Máme rodiny, které přišli o přátele, v podstatě kvůli diagnóze některého člena, protože museli věnovat pozornost jemu. Okolí toto mnohdy nechápe, přijde jim nepochopitelné, proč se někdo musí starat o dospělého člověka. Rodina tedy někdy ztrácí kontakty s okolním světem. Někdy to vede k tomu, že se o tom nemluví, neřekne se to ani v okolí ze strachu před odsouzením. Například když jdeme někam do panelového domu za klientem a pouští nás soused, tak musíme říct, že jdeme na návštěvu a ne, kdo jsme. Tedy v tomto ohledu zde hraje velkou roli strach, aby je nepomluvili sousedé, nepřišli o přátele apod. Jsou samozřejmě případy, kdy to klient společně s rodinou zvládá velmi dobře. Myslím, že to jde ruku v ruce se vzděláním v rodinách. Mám dojem, že u vzdělanějších rodin se s nemocí lépe smíří, vědí, jak nemoc vzniká a naopak někdo to bere jako svoje selhání, uzavírá se do sebe, rodina se často rozpadne apod.“

Soňa:

„Souhlasím s kolegou, jediné co bych mohla ještě dodat je má vlastní zkušenost. Pracuji taktéž s rodinou s psychiatrickým členem, rodiče o svém dítěti tvrdí, že je líný a nechce pracovat. Nechtějí si přiznat, že je jejich dítě duševně nemocné, nic si o nemoci nezjistí a říkají, že je spíše flákač.“

Hana:

„To je podle mě velmi individuální. Určitě od drobných nuancí přes každodennost po výrazné ovlivnění. Záleží na schopnosti konkrétních lidí zvládat svou odlišnost a podobně. Asi nedokážu odpovědět přesně.“

8) Jak proti stigmatizaci bojují organizace, instituce, státní zařízení, které nabízí osobám s duševním onemocněním pomoc?

Libor:

„Myslím, že v tom má většina organizací včetně té naší rezervy. Žijeme v takovém našem uzavřeném světě, kde všichni víme, o co se jedná, a nevylézáme ze sociální bubliny. Měli bychom se více zaměřovat na informovanost veřejnosti. Uspořádáme akci, ale pozvánku pošleme psychiatrům, jiným organizacím, takže na takové akce veřejnost nepřijde. Nebo další příklad, na den sociální práce se někde postaví stánky různých organizací, že budou dělat osvětu, jenže akce je od 9 do 15 hodin, takže opět není zacílena na širší veřejnost. Přijde mi tedy důležité cílit akce tak, aby se k nim dostala zdravá širší veřejnost. Mám pocit, že toto selhává. I když je teď reforma psychiatrie, spoustu lidí nemá vůbec ponětí, co se bude nebo nebude dít.

Ale určitě jsou dobré akce, které dělá například Dendrit kafe. Napíše, že zde zaměstnává osoby s duševním onemocněním. Nebo také Mezi ploty v Bohnicích, zkrátka akce, na které se natáhne i širší veřejnost. Někdy i média ovlivňují osvětu pozitivně, zajímavé pořady bývají například na ČT, Stream – Dělníci duše apod.

Stát na jednu stranu dobré – reforma psychiatrie, ale na stranu druhou přestal například vyplácet doplatky na bydlení, role státu je smíšená. Pomáhá, ale i hází lidem klacky pod nohy – například se pořád odkládá sociální bydlení.“

Soňa:

„Myslím, že to jde napříč všemu. Vidím problém třeba v tom, že např. peníze se dobře shání na nemocné děti, ale psychiatrie je na zadním místě. Díky Evropské unii, fondům, různým programům, jdou peníze do téhle osvěty. Stát může vždy dělat víc. Myslím, že například akce Mezi ploty je úžasná osvěta.“

Hana:

„Z mého pohledu je toto zatím celkem bílé místo. Respektive mi připadá, že nejvíc je slyšet z hnutí vytvořených samotnými lidmi s duševním onemocněním, pak některé neziskovky například Fokus. Bojují šířením povědomí o tom, co je a co není duševní onemocnění, jak u nás funguje psychiatrická péče, jak by to mělo vypadat, jací jsou lidé s duševním onemocněním, zmírňují obavy z neznámého apod. Začleňováním peerů do organizací apod.“

5 Diskuze

Bakalářská práce je zaměřena na stigmatizaci osob s duševním onemocněním.

Základním zdrojem mé bakalářské práce byla odborná literatura a několik webových stránek. Ze začátku nebylo vůbec snadné najít vhodnou literaturu, která by se dala k tomuto tématu využít a nepojednávala o tématu jen v obecné rovině. Později při důkladném pátrání jsem objevila knihy, které byly vyhovující. V literatuře a na internetu jsem si vyhledala texty a články, které se týkají psychiatrie, duševního onemocnění, stigmatizace a destigmatizace a použila jsem je ve své práci. Aplikovala jsem převážně texty a články se kterými vnitřně souhlasím. Co se týče vymezení pojmů a definic, tak jsem využila ty, které mi byly nejbližší. Převážně jsem čerpala z následujících knih: Psychiatrie a pedopsychiatrie – Hosák, Hrdlička, Libiger; Psychiatrie, právo a společnost – Baštecký; Stigma – Goffman; Psychiatrie a etika – Baudiš, Libiger; Psychiatrie – Höschl, Libiger, Švestka; Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch – Ocisková, Praško. Pro mou práci jsem se také snažila vybírat literaturu takovým způsobem, abych byla schopna se ztotožnit s fakty, které prezentuje. S uvedenými autory jsem ve většině souhlasila. Nesetkala jsem se s názorem, s kterým bych výhradně nesouhlasila.

Pro definici stigmatu jsem si zvolila amerického sociologa Ervinga Goffmana, vybrala jsem si ho z toho důvodu, že jeho definice je nejznámější a v textech, pracích či člancích nejpoužívanější a nejčastěji citována. Jeho definice stigmatu, která zní: „silně diskreditující atribut“, je možná pro někoho zastaralá, ale dle mého názoru stále platná. Také jsem částečně čerpala z webových stránek, kde jsem se mimo jiné dočetla o Projektu destigmatizace, který mi přijde zajímavý a prospěšný. V teoretické části se tomuto projektu věnuji podrobněji. Literaturu jsem se snažila vybírat tak, aby byly díky ní jednotlivé kapitoly a podkapitoly mé práce tematicky vyvážené a jednotlivé pojmy dostatečně vysvětlené.

O cílovou skupinu duševně nemocných se zajímám již dlouhodobě, i přesto jsem se dozvěděla spoustu nových poznatků, proto tedy psaní bakalářské práce na toto téma hodnotím jako přínosné i s osobního hlediska. Jak jsem již zmiňovala v úvodu, s osobami s duševní poruchou jsem se setkala již v dětství. Moje matka dříve pracovala v dětské psychiatrické nemocnici, kde jsem se s těmito klienty setkala poprvé. Na střední škole jsem zde vykonávala dobrovolnou praxi, kde jsem poprvé s osobami s duševním onemocněním přišla do přímého kontaktu. Na vyšší odborné škole, kde jsem vystudovala obor Sociální

práce, jsem absolvovala několik odborných praxí. Nejdelší a pro mou osobu nejprínosnější, byla právě praxe v organizaci ESET-HELP, která poskytuje péči o duševní zdraví a snaží se přispívat k jejímu rozvoji. Právě v tomto občanském sdružení jsem zjistila, že mne tato cílová skupina zajímá a chtěla bych se profesi, která s ní pracuje, věnovat i v budoucnu. Z tohoto důvodu mi odborné praxe přijdou velice přínosné, protože zde má člověk možnost se tak zvaně „najít“.

Myslím si, že stigmatizace je velmi aktuálním a závažným tématem. Stigma lidskou společnost sužuje již dlouhodobě. Co se týče psychiatrického onemocnění, tak právě s ním stigma velmi úzce souvisí. Osobám, které jsou postiženy stigmatizací, mohou být omezována popřípadě odnímána základní lidská práva, mohou být vystaveny opovržení nebo odmítavým odezvám na své chování či jednání. Jak jsem již zmiňovala, nejvíce stigmatizovanou duševní nemocí je schizofrenie. S tímto onemocněním jsou spojeny různé stereotypy a předsudky, které stigma ještě prohlubují. Myslím, že by každá společnost měla tomuto tématu věnovat pozornost a vytvářet různé projekty a kampaně, které proti stigmatizaci osob s duševním onemocněním bojují a napomáhají k jejímu zmírnění.

Dle mého názoru je medializace tohoto tématu velmi zásadní. V první řadě je velice důležité, aby ve společnosti probíhala řádná osvěta. Myslím, že obecně ve společnostech je osvěta duševního onemocnění nedostatečná. Jak z teoretické části, tak z praktické – strukturovaných rozhovorů, kterými jsem podložila zpracovanou teorii, jsem se dozvěděla, že existují různé osvětové akce a projekty. Ty jsou však nedostatečně cíleny na širokou veřejnost. Například se koná nějaká akce, která má za cíl konat osvětu mezi širší veřejností, ale akce se koná v době, kdy je většina veřejnosti v zaměstnání nebo ve škole. Dalším příkladem jsou pak akce pořádané určitou organizací, která rozesílá pozvánky pouze kolegům, psychiatrům a jiným organizacím, které se věnují osobám s duševním onemocněním, zkrátka lidem, kteří mají o osobách s duševním onemocněním vědomí, nebo s nimi dokonce pracují. Takže opět není osvěta dostatečně zacílena na širokou veřejnost. Za dobrý příklad osvěty pokládám různé kulturní akce, jako je například festival Mezi ploty, kde mají možnost se setkat jak nemocní a odborníci, tak laická veřejnost. Dalším případem medializace tohoto onemocnění jsou zprávy. Velice často se dočteme, že například schizofrenik někoho pobodal, uškrtil, zavraždil apod., ale že něco podobného spáchal třeba řezník, nebo epileptik se většinou nedočteme. Tento fakt ve své práci podkládám jak v části teoretické, tak praktické. Tyto případy stigmatizaci osob s duševním onemocněním silně prohlubují. Medializace ke stigmatizaci osob s duševním

onemocněním přispívá i pozitivně. Fakt, který mám opět podložený z praktické i teoretické části, je ten, že pokud nějakou závažnou duševní poruchou trpí mediálně známá osoba nebo celebrita, je postoj k této nemoci hodnocen spíše kladně. K pozitivní medializaci přispívají i některé zahraniční i české filmy, dále pak například internetový pořad Dělníci duše. Tyto pořady mohou pomoci laikům pochopitelnou formou přiblížit tuto problematiku a přinutit je o tom přemýšlet.

Nedůvěra, strach, podezíravost nebo odpor vůči odlišnému nebo neznámému jsou v lidech i celé lidské společnosti hluboce zakořeněny. To bývá často spojeno s negativními stereotypy či předsudky vůči jednotlivým osobám nebo skupinám osob. V konečném důsledku může docházet k vyčlenění ze společnosti a k diskriminaci těchto sociálních skupin. Každý člověk má k těmto předsudkům a stereotypům odlišný postoj. Někdo se jimi nechá snadno ovlivnit, někdo má svůj vlastní postoj a předsudky i stereotypy se jen tak ovlivnit nenechá, snaží se o problém přemýšlet a udělat si na něj vlastní názor. Dle mého názoru to velice záleží na tom, jak je jedinec v dané oblasti znalý, popř. jak je vzdělaný či inteligentní. Toto se opět jak v teoretické, tak v praktické části potvrdilo. Tito jedinci a celé sociální skupiny jsou pak ostatními stigmatizováni.

Při zpracovávání bakalářské práce mě nejvíce potěšilo, že byla z velké části uvedená teorie podložena částí praktickou, v mém případě strukturovanými rozhovory, které jsem vedla se sociálními pracovníky. Tedy s lidmi, kteří jsou s osobami s duševním onemocněním v bezprostředním každodenním kontaktu. Odpovědi respondentů mě sice nepřekvapovali svou podstatou, ale oni sami mě příjemně překvapili tím, že na toto téma nahlíží podobně jako já. Ve společnosti a práci s nemocnými spatřují obdobné problémy. Vlastně mi tak potvrdili mé vlastní životní zkušenosti, ale hlavně mnou zjištěné skutečnosti, které jsem zpracovala v teoretické části.

Zaujalo mě zjištění vyplývající z názorů respondentů týkající se toho, jak jejich klienti stigmatizaci vnímají. Ve většině případů si ji zřejmě ani neuvědomují, jsou vůči ní apatičtí. Přičemž z reakcí sociálních pracovníků je jasné, že stigmatizováni jsou a zejména při styku s úřady, či při shánění zaměstnání jsou vystaveni reakcím se stigmatizací spojenými. Nebo ještě hůř, pokládají stigmatizaci a své postavení za určitou samozřejmost, která prostě k jejich nemoci patří. Což je projevem sebestigmatizace, kdy sami sebe v důsledku nemoci považují za méněcenné. Jak dokládám právě v praktické části, tento jev zřejmě souvisí s tím, že tito klienti jsou většinou uzavřeni do sebe. Nestýkají se s mnoha lidmi, nemají mnoho přátel. To je podle mého názoru jedna z věcí, kterou by bylo potřeba

se pokusit změnit. Začlenit nemocné osoby více do společnosti, aby cítili, že někoho zajímají, že na nich někomu záleží a nepřežívali pouze na okraji společnosti.

Naopak mě potěšil fakt, že i přes nepřízeň některých lidí, existují organizace, které se snaží proti stigmatizaci bojovat destigmatizačními kampaněmi. Je jasné, že tyto kampaně jsou zatím na okraji zájmu veřejnosti, ale právě to je výzva, která před nimi stojí. Já osobně věřím, že se v budoucnu bude stigmatizace osob s duševním onemocněním snižovat.

Závěr

Bakalářskou práci jsem chtěla jejím čtenářům prezentovat skutečnosti týkající se stigmatizace osob s duševním onemocněním.

Na začátku práce jsem se věnovala obecně psychiatrii jako oboru, popsala jsem její historický vývoj a vznik. Zabývala jsem se zde teoretickým výkladem duševní nemoci, duševního zdraví a duševní poruchy, přišlo mi významné popsat i příčiny duševních poruch a uvést zde klasifikaci nemocí v psychiatrii, v ČR konkrétně MKN-10.

V úvodu hlavního tématu práce jsem teoreticky definovala pojem stigma. Se stigmatem úzce souvisí pojmy předsudek a stereotyp, u kterých jsem uvedla jejich stručnou definici. Jak jsem se z odborné literatury dozvěděla, tak důsledkem stigmatizace je diskriminace, která je v dané kapitole také popsána. V neposlední řadě jsem chtěla přiblížit, jaké postavení mají osoby s duševním onemocněním ve společnosti. Odborná literatura mi potvrdila, že jakmile dojde k přidělení určité nálepky, postoj vůči jedinci se stává negativním a bývá spojován se snahou jejího nositele určitým způsobem izolovat nebo vyloučit ze společnosti. Nicméně hlavním cílem práce bylo zjistit, zda jsou osoby s duševním onemocněním ve společnosti stigmatizovány. Zdroje, z kterých jsem čerpala, mi potvrdili, že stigmatizace je rozhodně aktuálním tématem ve společnosti. Stigma k lidské společnosti patří již odnepaměti a právě s oborem psychiatrie úzce souvisí. Stigmatizovaným osobám mohou být omezována či odnímána práva, mohou být vystaveni posměchu či odmítavým reakcím. Zřejmě nejvíce stigmatizovanou duševní nemocí je schizofrenie, kterou jsem v práci stručně charakterizovala. S onemocněním schizofrenie jsou spojeny předsudky, které stigmatizaci tohoto onemocnění prohlubují. Nejdůležitějším zdrojem informací o psychických poruchách jsou média, proto jsem ve své práci věnovala kapitolu i jim. V závěru práce se zabývám pojmem destigmatizace, který je důležitou součástí vytváření prostředí a podmínek pro zlepšení kvality života lidí, kteří jsou poznamenáni stigmatem, měla by být jednou z primárních priorit společnosti.

Jedním z poznatků plynoucích z mé bakalářské práce je, že společnost se snaží se stigmatizací duševně nemocných určitým způsobem bojovat a jsou vytvářeny destigmatizační programy a kampaně, což shledávám za velice prospěšné. Mým přáním je, aby si čtenář uvědomil, že stigmatizace osob s duševní poruchou je vážným a aktuálním tématem a je třeba o ní hovořit.

Literatura

ALLPORT, Gordon Willard. O povaze předsudků. Přeložil Eduard GEISLER. Praha: Prostor, 2004. Obzor (Prostor). ISBN 80-7260-125-3.

BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. Základy klinické psychologie. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.

BAŠTECKÝ, Jaroslav. Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech. Praha: Galén, 1997. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 80-85824-45-0.

BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. Psychiatrie a etika. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-104-1.

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-628-5.

GEIST, Bohumil. Sociologický slovník. Praha: Victoria Publishing, [1993]. ISBN 80-85605-28-7.

GOFFMAN, Erving. Stigma: poznámky k problému zvládání narušené identity. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Most (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-21-0.

HNILICA, Karel. Stereotypy, předsudky, diskriminace: (pojmy, měření, teorie). Praha: Karolinum, 2010. Acta Universitatis Carolinae. ISBN 978-80-246-1776-3.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, ed. Psychiatrie. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

CHROMÝ, Karel. Duševní nemoc: sociologický a sociálněpsychologický pohled. Praha: Avicenum, 1990. Thomayerova sbírka, 512. ISBN 80-201-0050-4.

JANÍK, Alojz. Veřejnost a duševně nemocný. Praha: Avicenum, 1987. Bez ISBN.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-44-1.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

STYX, Petr. O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

SVOBODA, Mojmir, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.

Úplné znění zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Vydání: osmé. Praha: Armex Publishing, 2017. Edice kapesních zákonů. ISBN 978-80-87451-47-2, § 123.

Elektronické zdroje

Destigmatizace. In: Česká psychiatrická společnost [online]. [cit.2018-07-11]. Dostupné z: <http://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>

Duševní nemoci a jejich příčiny. In: ČPZP [online]. [cit.2018-04-10]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/2582-0-Dusevni-nemoci-a-jejich-priciny.html>

O nás. In: Esethelp [online]. [cit.2018-07-11]. Dostupné z: <http://www.esethelp.cz/index.php#about>

O projektu. In: Projekt destigmatizace [online]. [cit.2018-07-11]. Dostupné z: <http://destigmatizace.info/o-projektu/>

Summary of the meeting with international experts, May 17-18th 2018. In: Projekt destigmatizace [online]. [cit.2018-07-11]. Dostupné z: <http://destigmatizace.info/wp-content/uploads/2018/06/Summary-of-the-meeting-with-international-experts.pdf>

Vyobrazení osob s duševním onemocněním v českých, chorvatských a slovenských tištěných médiích. In: Česká a slovenská psychiatrie [online]. [cit.2018-07-10]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=671>